DOCUMENT - RAPPORT DE RECHERCHE - L.E.S.T.- CNRS – UMR 6123
Université de Provence (U1) et Université de la Méditerranée (U2) - 35 avenue J. FERRY - 13626 AIX-EN-PROVENCE CEDEX
Tél. : Standard : 04.42.37.85.00 - Fax : 04.42. 26.79.37 email lest@univ-aix.fr

Les restructurations hospitalières : acteurs, enjeux et stratégies

Rapport réalisé pour la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE)

***Intervenants* : Philippe MOSSE**
N. GERVASONI
M. KERLAU

1999

Les systèmes hospitaliers des pays industrialisés sont l'objet de réformes impulsées par les gouvernements et de changements dont les logiques, économiques, professionnelles, techniques ou sociales convergent dans une dynamique de rationalisation.

Pourtant cette convergence ne se traduit pas dans une vision qui serait à la fois claire et partagée de l'avenir du système et de ses missions. Au contraire, la période actuelle est davantage caractérisée par un foisonnement de discours et de pratiques sinon contradictoires du moins en tension. Ainsi, par exemple, l'attention accordée aux besoins de santé publique et aux attentes des usagers s'accompagne d'un désir de transparence quant à l'efficacité et à la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux publics et privés. Il s'avère, pourtant, que les outils de gestion, et les informations qu'ils mobilisent, ne sont pas adaptés pour répondre à cette demande légitime. Il en résulte que le milieu est périodiquement secoué par des études évaluatives qualifiées de sauvages, notamment parce qu'elles bénéficient du support de la grande presse, mais qui ne font que combler un vide.

De même les fermetures de services, voire d'établissements, souvent décidées au nom de la rationalisation et de l'allocation optimale des ressources sectorielles, se heurtent à d'autres objectifs et finalités politiques, économiques et sociales (aménagement du territoire, maintien de l'emploi, etc.) tout aussi importants. Or les modalités de l'action publique, notamment fondées sur des découpages sectoriels et géographiques, ne permettent pas de traiter ces contradictions sinon sur le mode du rapport de force dont, précisément, la rationalisation visait à réduire le champ d'action.

Dans l'opinion publique, comme aux yeux des professionnels, la régulation du secteur hospitalier semble ainsi osciller entre arbitraire et dirigisme. Il en résulte que le débat se cantonne trop souvent en une opposition entre les “ modernes ” et les “ anciens ”. Paradoxe ultime, dans ce débat ainsi rendu manichéen, l'observateur ne possède ni les concepts ni les données pour juger lequel, du pourfendeur ou du défenseur du *Service Public à la Française* est en “ avance ” sur l'autre. C'est sans doute que la question ne se pose en ces termes, à la fois généraux et polémiques, qu'à un niveau rhétorique.

S'inscrivant dans ce contexte et voulant s'en affranchir, ce rapport vise un double objectif. D'une part, il s'agit de créer les conditions d'une confrontation des représentations et des attentes en matière de restructuration des hôpitaux et du tissu hospitalier français. Pour cela, l'attention sera d'abord centrée sur les acteurs du système, leurs discours et leurs pratiques. D'autre part, et au plan de l'usage, ce rapport est destiné aux répondants potentiels à l'appel d'offres mire lancé, sur ce thème, en octobre 1999. Il ne s'agit donc pas d'établir un état des lieux des restructurations hospitalières, mais de mettre à disposition un document, en forme de connaissance commune, et qui se situe à mi-chemin entre la description et l'analyse des formes multiples de régulation à l'œuvre autour et dans les hôpitaux français.

Le parti pris est d'ordonner cette connaissance à partir de données objectives, mais plus encore, à partir d'analyses et d'interprétations " situées ".

Le matériau est essentiellement constitué d'entretiens auprès d'acteurs du système hospitalier et de chercheurs en Sciences Sociales. Par ailleurs des informations sur la structure, l'évolution et les réformes en cours seront évoquées afin de contextualiser ces données qualitatives. Ce sera l'objet de la première partie. Elle consiste en une description critique des réformes mises en œuvre, notamment depuis 1991 et renforcées par les Ordonnances d'avril 1996. Dans cette partie sera également abordée la description de la structure et de l'évolution du système hospitalier (personnels, activité, etc.).

Dans une deuxième partie, la problématique de l'étude et sa méthode seront présentées. L'objet principal est de fournir les grilles de lectures qui ont été mobilisées tout au long de ce travail. En effet, ayant mis d'emblée l'accent sur l'existence de multiples points d'entrée possibles pour analyser la dynamique de rationalisation, il paraît indispensable, en tout cas cohérent, de livrer autant que faire se peut les clés qui ont été privilégiées ici. Elle consiste essentiellement à mettre l'accent sur le fait que, misant sur la négociation et le dialogue, les réformes en cours ouvrent le jeu des acteurs mais que, dans le même mouvement, la rationalisation posée comme finalité partagée limite et fixe un horizon à ces jeux stratégiques.

Cette problématique débouche sur le caractère central de la notion de polysémie (des sens et des objectifs de l'action publique en la matière) dont il est apparu qu'elle devait à la fois être précisée et illustrée. Partant de ce constat, la troisième partie a pour objet de distinguer les trois principales dimensions (logique d'ensemble ; démarche ; indicateurs) autour desquelles s'organisent les différentes représentations de la politique de restructuration. Chacune de ces dimensions constitue un espace de négociations.

Dans une quatrième partie l'analyse de la littérature américaine et britannique sera menée dans le but de mettre en évidence la force des logiques concurrentielles dans la recomposition / consolidation en cours.

Au plan théorique cette amorce de comparaison internationale incite à évaluer les rôles respectifs, d'une part, des règles et des institutions et, d'autre part, des incitations économiques dans la structuration du secteur hospitalier.

Première Partie

Les mutations du système hospitalier : vers un nouveau mode de régulation

---

Le mode de régulation du système hospitalier est amené à changer. La croissance quantitative des capacités hospitalières était jadis mobilisée pour résoudre les conflits entre les protagonistes tout en répondant à des besoins estimés sans limites. Lui succède depuis vingt ans, une régulation fondée sur la rationalisation et la normalisation (I.1).

Réduction / stagnation des capacités, technicisation et partenariat sont les traits visibles de ces évolutions. Les lois “ portant réforme ” (standardisation, contractualisation, évaluation et accréditation) renforcent ces tendances. Elles tirent leur force de leur cohérence autour d’une idée maîtresse: restructurer dans la légitimité.

De ce point de vue, si parmi les institutions nouvelles introduites par les ordonnances d‘avril 1996, les Agences Régionales de l’Hospitalisation sont les plus importantes [1], il faut insister sur le rôle dévolu au dispositif mis en place pour élaborer les critères de qualité et les priorités de Santé Publique (I.2 et I.3).

I.1/ Evolution et régulation du système hospitalier

La croissance de l’offre, des capacités et de l’emploi hospitaliers, se présentait comme un mouvement irrésistible parce que soutenu par des besoins croissants, voire infinis, et étayé par des politiques volontaristes et continues. Avec le recul, ce mouvement a été successivement qualifié de spectaculaire et de courte durée ; il serait désormais à bout de souffle. Cette vision mécanique sous estime que l’hôpital qui se rétracte aujourd’hui n’est pas celui qui naguère se développait.

Il est vrai que l’hôpital a bénéficié d’une forme de développement qui alliait une forte présence de l’Etat à une volonté unanime de partager, sous la forme de “ reversement ” de l’économique vers le social, les fruits de la croissance. Les lits hospitaliers constituaient un point d’intersection d’intérêts divers mais, au moins provisoirement, convergents. Satisfaire des besoins de santé, servir de champ d’expérimentation et d’application du développement technologique et scientifique, conforter le prestige des décideurs locaux ou nationaux, absorber une part toujours croissante de la main d’œuvre sortant du système éducatif, etc.

---

[1] Les Agences Régionales de l’Hospitalisation (ARH) sont des Groupements d’Intérêt Public dont la commission exécutive est composée à parité de représentants de l’Etat sont composées à parité de représentants de l’Etat dans les régions et les départements et de représentants des organismes locaux et régionaux de l’assurance maladie. Son directeur est nommé par décret en conseil des ministres, en cas de partage des votes, il a voix prépondérante.

Mue par ces mécanismes, la part des dépenses hospitalières dans les dépenses de santé n'a cessé d'augmenter, passant de 35% de la consommation médicale totale en 1960 à plus de 50% en 1980. Cette évolution doit être rapprochée de celle de la part des dépenses de santé dans la richesse nationale, qui a presque doublé en vingt ans, passant de 5% du Produit Intérieur Brut en 1962 à plus de 9 % en 1985. Ces chiffres démontrent que, à cette époque, l'hospitalocentrisme du système de santé est quantitativement flagrant

Cette explosion quantitative se double d'un changement qualitatif majeur, si bien que l'hôpital de 1980 ne ressemble plus guère à l'hôpital de 1950. Ainsi, par exemple, sous le terme " d'humanisation " des hôpitaux les salles communes sont supprimées, des unités vétustes, rénovées, etc. En conséquence, entre 1960 et 1980 le nombre de lits en salles communes passe de 300.000 à 70.000.

L'hôpital amorce donc, dès les années 60, un virage vers des fonctions techniques et spécialisées qui va créer une dynamique irréversible au point qu'elle sera considérée ultérieurement comme une finalité.

I.1.1 Des modalités d'interventions en évolution rapide

La déformation du système hospitalier s'opère selon deux axes complémentaires.

Le premier, de type professionnel, conduit à la segmentation de la profession médicale hospitalière par la multiplication des spécialités et des spécialistes, elle s'inscrit dans une évolution séculaire de la division du travail médical. Elle concerne désormais aussi les professions paramédicales. Pour partie, il s'agit d'absorber des champs autrefois en marge de l'action médicale. Les bornes du territoire des professionnels de la santé se déplacent tout en redéfinissant les frontières de l'intervention sociale.

Le deuxième axe se concrétise par l'apparition de modes et de lieux d'exercice diversifiés qui font de l'hôpital un lieu de prise en charge à la fois plus ouvert (ce sont les alternatives à l'hospitalisation) et plus intense (le contenu technique des séjours devenant de plus en plus dense). Cet axe est sans doute le plus directement lié à la recomposition du système hospitalier. En effet, une lecture économique de la multiplication récente des formes d'exercice de la pratique médicale, tant à l'hôpital qu'en ambulatoire, montre que les pratiques se sont largement diversifiées.

De façon complémentaire la période récente se caractérise par une diminution sensible du nombre de lits de court séjour.

Le cas des maternités est tout à la fois particulier et exemplaire puisque la restructuration - par le biais de la concentration et de la disparition progressive des établissements pratiquant moins de 300 accouchements par an - a débuté dés les années 70. Ainsi, par exemple, le pourcentage de maternités de moins de 15 lits est passé de 49,3% en 1972 à 22,6% en 1982. Le nombre d'établissements pratiquant l'obstétrique est passé d'environ 1600 en 1972, à 970 en 1985 puis à 793 en 1995 [2].

Au total, la disparition de 40.000 lits d'hospitalisation complète dans le secteur public et de 20.000 dans le secteur privé entre 1990 et 1997 (cf. graphique 1), peut d'autant plus impressionner que, dans les décennies précédentes l'augmentation avait été massive et constante.

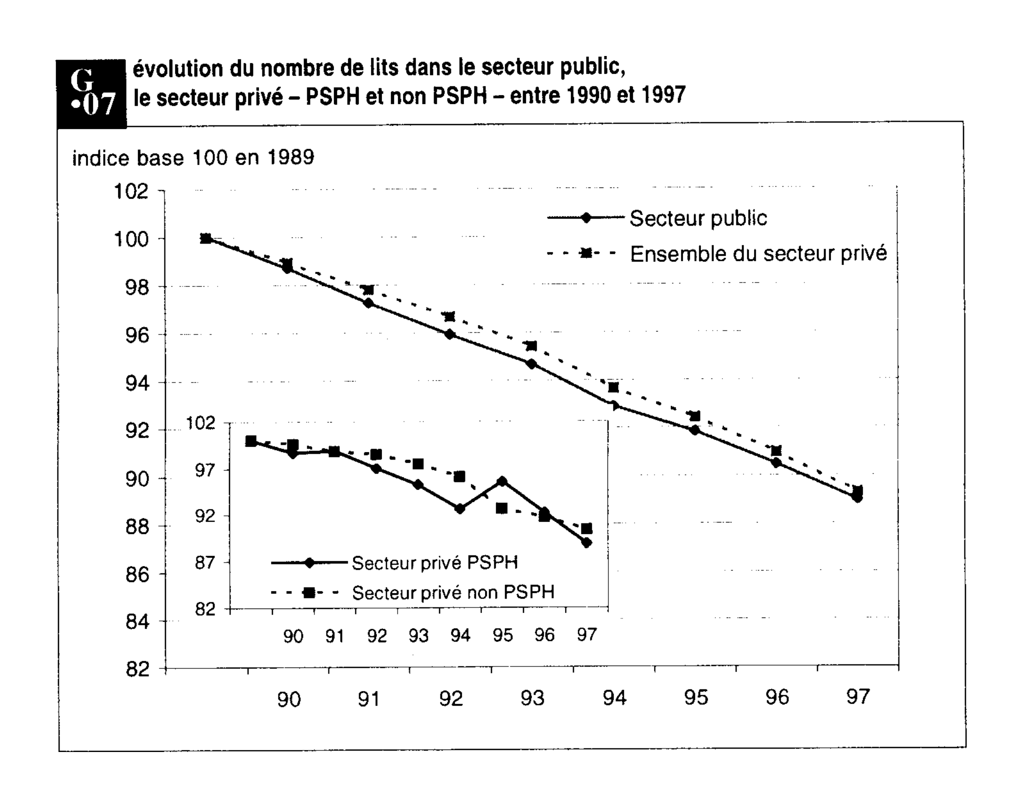
Au premier abord, cette décroissance fait partie d'une politique globale et désormais routinière visant à restreindre l'offre dans le but de mieux maîtriser les coûts de l'ensemble du système de soins. Mais ces changements n'ont été possibles que parce qu'ils ont été accompagnés d'une modification de la place et du rôle de l'offre hospitalière, alors que la demande qui s'adresse à l'hôpital, elle ne fléchit pas. Au contraire, selon les données de la DREES, le nombre d'entrées n'a cessé d'augmenter de 1983 à 1998 tandis que les capacités diminuaient.

Il ne faudrait cependant pas déduire de cette diversification que l'hôpital perd la maîtrise de la filière de soins. Au contraire, la multiplication des modalités de la prise en charge offre aux acteurs de l'hôpital un plus grand rayon d'actions.

Dans le privé ceci se traduit, par exemple, par un recours soudain et massif à la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie classique. De 1983 à 1995, les taux d'occupation des lits de chirurgie ont ainsi diminué de 82% à 75% dans le privé lucratif. Mais dans ce secteur le nombre de venues en anesthésie ou en chirurgie ambulatoire qui atteignait déjà un million en 1993, s'élève en 1998 à 1.752.000 (contre seulement 218.000 dans le secteur public). Entre 1996 et 1998 le nombre de places a augmenté de 7% dans le public et de 35% dans le privé lucratif. La spécialisation selon les statuts apparaît ici clairement.

Toutefois, dans le public d'autres pratiques sont mises en place qui contribuent au même phénomène d'ouverture. Ainsi les consultations externes ont-elles augmenté régulièrement pour atteindre le rythme de 40 millions par an en 1995.

[2] Pour plus de détails sur le cas des maternités cf. D. Baubeau, S. Morais et A.Ruffie " Les maternités de 1975 à 1996 ", Drees, Etudes et Résultats, N° 21, juillet 1999.



Source : A. Deville et C. Lesdos-Cauhapé " L'activité des hôpitaux en 1997 et 1998 ", Etudes et Résultats, Drees, N°24 Juillet 1999.

Cet apparent paradoxe arithmétique s'explique par la diminution continue et spectaculaire de la durée moyenne des séjours. Cette diminution a touché tous les secteurs. Ainsi par exemple de 1983 à 1996, la durée moyenne des séjours en service de chirurgie est passée de 8,2 à 5,3 jours dans le secteur public et de 7 à 4,9 en secteur lucratif. En médecine les évolutions sont du même ordre: de 10,2 à 6,8 en secteur public et de 14,7 à 7,7 en secteur privé lucratif. Cette diminution n'est pas récente mais, aujourd'hui, à la réduction de la durée du séjour s'ajoute son intensification [3].

En réduisant la durée des séjours, en augmentant fortement leur contenu en soins et prescriptions, les hôpitaux ont créé, à leur périphérie et en aval de l'hospitalisation classique, des besoins nouveaux.

Ainsi par exemple on observe, en France, du côté des établissements de long séjour (désormais dénommés de " longue durée "), une forte augmentation des journées. Entre 1983 et 1996 cette augmentation est de 45% dans le public, de 105% dans le privé non lucratif et de

[3] M.J. Sourty-Le Guellec " Le profil de la consommation un jour moyen à l'hôpital ", CREDES, avril 1995, 120 p.

320% dans le privé lucratif [4]. Le nombre de lits est lui-même en augmentation (+ 47% de 1985 à 1996) [5].

Il ne faudrait cependant pas déduire de cette diversification que l'hôpital perd la maîtrise de la filière de soins. Au contraire, la multiplication des modalités de la prise en charge offre aux acteurs de l'hôpital un plus grand rayon d'actions.

Dans le privé ceci se traduit, par exemple, par un recours soudain et massif à la chirurgie ambulatoire au détriment de la chirurgie classique. De 1983 à 1995, les taux d'occupation des lits de chirurgie ont ainsi diminué de 82% à 75% dans le privé lucratif. Mais dans ce secteur le nombre de venues en anesthésie ou en chirurgie ambulatoire qui atteignait déjà un million en 1993, s'élève en 1998 à 1.752.000 (contre seulement 218.000 dans le secteur public). Entre 1996 et 1998 le nombre de places a augmenté de 7% dans le public et de 35% dans le privé lucratif. La spécialisation selon les statuts apparaît ici clairement.

Toutefois, dans le public d'autres pratiques sont mises en place qui contribuent au même phénomène d'ouverture. Ainsi les consultations externes ont-elles augmenté régulièrement pour atteindre le rythme de 40 millions par an en 1995.

La forme naguère dominante - le séjour d'une durée avoisinant ou dépassant deux semaines - fait place à une conception multiforme de l'hospitalisation. Dans cette conception, chaque séjour peut être soit réduit à quelques heures, soit inscrit dans une série éventuellement programmée (on parlera alors de séjours itératifs). Indices quantitatifs de cette évolution, le nombre de séances de dialyse a augmenté de 30% depuis 1988; celles de chimiothérapie ont pratiquement doublé dans le privé ainsi que les venues en hôpital de jour de lutte contre les maladies mentales. Il en est de même pour les personnes âgées pour lesquelles les services de soins à domicile sont passés d'une capacité de 4.000 places en 1980 à plus de 55.000 aujourd'hui.

C'est en conformité avec cette logique de développement que les alternatives à l'hospitalisation connaissent une croissance très forte. En 1993, on comptait 4 millions et demi de “ venues en hospitalisation de jour ” dans le public et 2,3 millions dans le privé. Dans les deux secteurs, cette activité a pratiquement doublé en cinq ans.

Le cas de l'hospitalisation à domicile est un peu particulier. Elle ne représente qu'environ 12.000 places. La formule ne semble donc pas connaître un succès flagrant. Toutefois l'HAD offre un mode de prise en charge et de collaboration interprofessionnelle adapté à des maladies chroniques ou, comme le SIDA, en passe de le devenir. Il correspond de ce fait à une demande toujours croissante de la part des malades, des médecins et des paramédicaux de pouvoir lier davantage les compétences hospitalières et ambulatoires. De plus en plus il s'agit de formaliser ces liens tout en préservant l'autonomie et la liberté des intervenants ; c'est notamment le cas dans le cadre des associations régies par la loi de 1901 qui autorise souplesse et multi-statut. Ceci explique aussi que les places en HAD soient dix fois plus nombreuses dans le privé que dans le public.

En lien avec ces évolutions, l'emploi hospitalier se transforme radicalement.

[4] D. Foulon “ Hôpital, dix ans d'évolution ”, Solidarité Santé, 1995, 3, pp.9-20.

[5] En 1985 on comptait en France deux fois plus de lits de psychiatrie que de soins de longue durée. Conséquence de leurs évolutions croisées, les deux secteurs comptaient, en 1995, le même nombre de lits (78.000).

I.I.2 L'emploi hospitalier (spécialisation et médicalisation)

Si aujourd'hui plus d'un million de personnes travaillent dans les hôpitaux français (ils n'étaient que 300.000 en 1970), cette croissance ne s'est pas réalisée de façon linéaire. Les formes d'emploi se sont largement modifiées pour aboutir aujourd'hui à une diversité très grande des statuts et, plus généralement, des rapports au travail. L'hôpital, plus encore que l'entreprise industrielle qui a pourtant connu des évolutions jugées radicales, est un des lieux d'expérimentations sociales et professionnelles des plus complexe et divers qui soit. La professionnalisation et la spécialisation en sont les indices principaux. A titre d'exemple, il faut noter que de 1960 et 1980 la part des diplômes infirmiers dans le total des diplômes délivrés (hors aide soignants) par les " écoles de santé " [6] est passée de 93 % à 55 %. Cette évolution traduit la diversification croissante et la spécialisation qui caractérise l'ensemble de ces métiers. Sont ainsi apparues entre 1969 et 1977, les formations de laborantin d'analyse médicale, de manipulateur d'électroradiologie médicale, d'ergothérapeute et de psychomotricien.

Dans le même temps, le salariat devient peu à peu le mode dominant par lequel, dans un même mouvement, le travailleur est lié à l'entreprise, intégré au progrès. Le statut de 1955 est, à ce titre exemplaire, qui tend à uniformiser les droits et les devoirs des personnels hospitaliers jusqu'alors principalement décidés au niveau de chaque établissement. Le statut de la " fonction publique hospitalière " mis en place par la loi du 9 janvier 1986 s'inscrit aussi dans une continuité d'objectifs avec la période précédente. Stabiliser pour intégrer, intégrer pour faciliter les mobilités géographiques et professionnelles [7].

Après avoir accompagné la croissance, l'évolution de l'emploi accompagne un nouveau tournant dans les missions de l'hôpital. Comme le développement ne s'est pas passé de façon homothétique, le reflux entamé depuis le début des années 90, ne pourrait s'opérer sans déformation.

Ainsi, l'effectif médical continue de croître dans des proportions importantes. De 1987 à 1995, la croissance des équivalents temps plein est de 4,6% par an. De sorte que la densité de médecins par lit s'est notablement accrue. Passant dans le public de 10 médecins pour cent lits en 1983 à 20 pour cent lits en 1993 et dans le privé de 12 à 14. Dans le même temps, le nombre d'aide soignantes s'accroissait de 2,4% par an, celui des personnels administratifs augmentait de 1,7 % par an, celui des pharmaciens de 2% et celui des infirmières de 1,8 % [8]. Dans le privé les écarts sont plus importants, concernent les mêmes catégories mais se soldent par une diminution globale de 0,2 % par an tandis que la croissance est de 1% dans le public.

En revanche, dans le secteur public, de 1987 à 1996, le nombre de postes d'Agents des Services Hospitaliers (ASH) à diminué au rythme annuel de 1,5 % de même que celui des agents médico-techniques. Pour partie, ces écarts s'expliquent par des transferts d'une

[6] Par école de la santé il faut entendre, l'ensemble des établissements de formation sous tutelle du ministère en charge de la santé qui sont chaque année soumis à une enquête menée par le SESI en collaboration avec les DRASS et la Direction Générale de la Santé. Cf F. Delaporte et J. Gottely " La formation aux métiers de la santé ", Solidarité Santé, Oct. 1995, pp.25-42.

[7] Cf Ph. Mossé et R. Tchobanian " Restructuring Employment Relations in the Public Service " in Public Service Employment Relations in Europe S.Bach, L. Bordogna, G. Della Rocca et D. Winchester, eds, New York, Routledge, 1999.

[8] Cf SESI " Annuaire Statistique ", Ministère de la Santé, Paris, 1995.

catégorie à l’autre. Les ASH devenant, par le jeu des promotions internes et de la formation, infirmières ou, plus souvent, aide soignantes. C’est ainsi que près des trois quarts des A.S. sont d’anciennes ASH. Mais ces évolutions sont aussi compatibles avec l’hypothèse d’une externalisation accrue de certaines tâches. Cuisine, maintenance, entretien, hygiène et propreté sont autant de fonctions désormais largement sous-traitées au sein de l’hôpital ou à sa périphérie. En atteste le fait que de 1990 à 1995, le nombre de personnels “ technique, informatique et ouvriers ” est passé de 93.415 à 87.349 (ETP) dans le public, et de 40.578 à 37.524, dans le privé. Pour les gestionnaires hospitaliers, en effet, les tentations sont grandes de réduire les coûts fixes de personnels en recourant à la sous-traitance.

Cet ensemble de causes, concrétisées au niveau de chaque établissement, explique aussi que le “ recrutement ” des personnels soit de plus en plus souvent réalisé sous la forme de contrats précaires. La période récente se caractérise par le ralentissement des recrutements sur statuts salariés traditionnels et par le développement des formes dites atypiques d’emploi ou de ce que les Bilans Sociaux appellent des “ situations particulières ”. Parmi celles-ci, on trouve essentiellement les contrats à durée déterminée (C.D.D.), ou les Contrats Emploi Solidarité (C.E.S) dans le public ou le non lucratif. Les premiers représentent environ 6% des emplois, les seconds, 8%. Les Directeurs d’établissements voient dans ces formules une possibilité de résoudre la contradiction devant laquelle ils sont placés: faire face à des besoins croissants et diversifiés sans augmenter les effectifs permanents qui grèveraient les budgets de façon quasi définitive.

Mais par ailleurs, le recours aux contractuels et aux emplois précaires constitue la rançon de l’autonomie (relative) accordée aux établissements auxquels la loi autorise, dans des cas “ exceptionnels ”, l’embauche de contractuels ou la mise en place de “ statuts particuliers locaux”. Comme le remarquent les services de la Direction des Hôpitaux: les “ mesures dérogatoires répondent à des nécessités de gestion ” mais “ un recours excessif aux souplesses (de la loi) menace de créer l’hétérogénéité et la disparité d’avant le statut ” [9].

La rationalisation du système hospitalier se déroule donc dans un contexte caractérisé par des tensions croissantes entre logiques professionnelles et économiques. Afin de tenter de les concilier, la réforme met en place, au cœur de la régulation, des institutions et des acteurs porteurs de notions et de valeurs indiscutablement légitimes (besoins de santé, équité, qualité, etc.).

I.2/ Agences, experts, régionalisation

La légitimité de la réforme s’appuie d’abord sur des instances nouvelles, extérieures aux hôpitaux, que sont les Agences et les Conférences de Santé.

Ainsi, par exemple, l’objet de la Conférence Nationale de Santé est de proposer les directives nationales en matière d’objectifs sanitaires et économiques. Son action et ses avis reposent sur les travaux des Conférences régionales de santé composées de représentants des professionnels, de l’Etat, des collectivités territoriales et des usagers, qui à leur tour alimentent la réflexion lors de l’élaboration des Schémas Régionaux d’Organisation Sanitaire[10].

[9] Direction des Hôpitaux, “ Information sur les ressources humaines à l’hôpital: La fonction publique hospitalière a dix ans ”, numéro spécial, mars 1996, 102p.

[10] Ces schémas qui sont élaborés dans chaque Région pour une durée de cinq ans, dressent, dans la concertation, un bilan de l’offre existante ;

De son côté, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a une triple mission. D'une part, elle doit produire et diffuser les référentiels de pratiques élaborés par les experts. D'autre part, elle est chargée d'une mission d'évaluation en santé dans le champ hospitalier et ambulatoire, reprenant les missions de l'ANDEM. Enfin, l'ANAES est chargée de l'accréditation. Disposant d'un délai de cinq ans, tous les établissements privés et publics se sont engagés dans une démarche dont l'objectif " est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de l'établissement "[11].

Les référentiels, largement diffusés, les procédures, largement engagées, " l'accréditation à la française " est en marche.

Au service de la régulation du secteur, Agences et Conférences construisent donc un maillage serré de recommandations et d'incitations dont l'impact devra être sensible dans le fonctionnement des établissements. Entre elles, et entre les différents niveaux d'action et de réflexion, circule une grande masse d'informations (rapport d'activités, études, compte rendus, bilan, projets, audit, etc.). De plus, des " participations croisées " (de mêmes personnes aux diverses instances), confèrent à l'ensemble une réelle solidité (cf. schéma en annexe 1). Alliée à une allocation des ressources désormais éclairée par un système comptable renouvelé, ce dispositif crée les conditions de la rationalisation.

Le budget global et la procédure choisie pour sa mise en place, sont en effet inclus dans une stratégie de maîtrise des coûts et plus encore dans une logique de maîtrise de l'information hospitalière par le biais du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Directement inspirée par le système américain des Diagnostic Related Groups (DRG) initié aux Etats-Unis et ayant bénéficié d'efficaces relais en France dans les années 70 et 80, cette technique est maintenant implantée, de façon adaptée et sur une plus ou moins grande échelle, dans la plupart des pays développés.

En France, l'ensemble de la procédure a pour objectif affiché de diminuer les dépenses hospitalières en diminuant la dispersion des coûts, c'est-à-dire en rapprochant la situation de chaque hôpital de la moyenne observée. Les différences de coûts sont en effet importantes pour la prise en charge de pathologies similaires y compris entre des établissements semblables. Les informations provenant de 140 établissements ont ainsi fait apparaître des écarts variant de 1 à 4. Compte tenu de cette situation de départ, les ajustements fondés sur le PMSI et son prolongement comptable, ne seront pas marginaux. L'extension à l'ensemble du système est en cours, mais d'ores et déjà le point ISA (Indicateur Synthétique d'Activité), qui est l'outil comptable principal de cette concurrence par comparaison, s'est imposé en tant que langage commun.

C'est en suivant la même logique (comparaison à la moyenne), que des objectifs d'équité sont visés. Le premier est la réduction des écarts de densité et de dotation selon les zones géographiques. Ici encore l'instrument principal est le budget (de la région, puis de chaque établissement). C'est à échéance de quinze ans que le rééquilibrage de la répartition de l'offre hospitalière sur le territoire, via un financement modulé, devra être effectif.

Dans cette politique, la restructuration est à la fois un instrument et un objectif. Elle constitue aussi un test de la pertinence du niveau régional comme lieu de la régulation.

---

définissent les besoins (notamment en équipement) ; établissent des priorités, etc. Dans ses Annexes, les orientations sont concrétisées et déclinées pour chaque établissement.

[11] " Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance du 24 avril 1996 ", Journal Officiel, 25 avril 1996, pp. 6320-6324.

En effet parmi les nombreuses missions confiées aux ARH, les législateurs mettent en exergue le pilotage de la restructuration du parc hospitalier. Ainsi " toute autorisation de regroupement ou de conversion doit être assortie d'une réduction du nombre de lits ou de places autorisées ". Par ailleurs " seuls peuvent être regroupés ou convertis ... les lits ou places ayant fait l'objet d'une occupation suffisante et durable au cours des années précédant la demande ". Plus encore " lorsqu'il est constaté que le taux d'occupation des installations .. ou le niveau des activités des soins ... sont durablement inférieurs à des taux déterminés par décret (60% sur trois ans, décret de mai 97), l'autorisation peut être retirée totalement ou partiellement ".

Renforçant cette dynamique, lui donnant sa légitimité, la réforme s'appuie, sur la contractualisation. Celle-ci existait depuis 1991, mais les Ordonnances d'avril 1996 mettent en place une nouvelle procédure d 'engagement entre chaque établissement et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation sous la forme d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Alliée à la procédure d'accréditation, qui nécessitera la définition de critères et de normes de qualité un tant soit peu standardisés, la contractualisation vient ainsi renforcer la logique portée par le Projet d'Etablissement.

Au-delà de la procédure, plus ou moins contraignante, la finalité même des contrats, révèle une certaine confiance dans la rationalité des acteurs en présence et dans la cohérence de leur comportements.

Le premier point se concrétise, dans les textes, par de fréquents appels aux notions "d'objectifs " et de " moyens " adaptés et aussi par la volonté de mettre en place des indicateurs " de suivi ". Le respect du calendrier préétabli par les deux contractants est ici un élément et une preuve de l'efficacité et de l'effectivité du contrat: " les budgets peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés " (art. 710-16-1).

La cohérence des comportements attendus peut être illustrée par l'image de contrats - gigognes. En effet, contractualisation externe (contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH) et contractualisation interne (notamment dans le cadre de la mise en place des Centres de Responsabilité) ne sont pas seulement compatibles mais articulées. Comme l'écrit B. Maquart: " le contrat permet de faire le lien entre la programmation interne à chaque établissement et la programmation régionale " [12] . La contractualisation est perçue par nombre d'observateurs comme un mouvement, une dynamique emboîtant les niveaux de façon harmonieuse et complémentaire. Ainsi, les délégations de gestion sont l'objet de contrats qui sont autant de " déclinaisons " du contrat passé entre l'ARH et l'hôpital.

Sur le même registre, J.C. Moisdon [13] évoque les expériences réalisées dans plusieurs hôpitaux qui consistent à " faire comme si " l'hôpital était pour les services l'équivalent de ce qu'est l'ARH pour chaque hôpital. " En somme (l'hôpital) fait comme s'il constituait une région avec un budget qui est le sien et un nombre de points ISA, calculé sur son case-mix, et comme si les différents services cliniques ... étaient ses établissements sous tutelle ".

Dans ce cadre, la contractualisation interne serait plus qu'une déclinaison, une réplique miniature de la contractualisation externe.

---

[12] B. Maquart " La réforme de l'hospitalisation publique et privée " Droit Social, septembre - octobre 1996, pp. 868 - 877.
[13] J.C. Moisdon " Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d'une instrumentation " Droit Social, septembre - octobre 1997, pp. 872 - 876.

Dans cette dynamique, les personnels sont amenés à se mobiliser, à participer à la définition des termes du contrat. C'est ainsi qu'il faut interpréter la revitalisation de structures de concertation existantes et la création de nouvelles : création, en 1991, de la Commission du Service des Soins Infirmiers (CCSSI), et du Conseil de Service ; transformation, en 1996, du Comité Technique Paritaire en Comité Technique d'Etablissement, etc. L'ensemble converge sur l'élaboration du projet d'Etablissement qui engage en interne les différentes fonctions (médicales, logistiques, sociales, etc.) les unes par rapport aux autres et, en externe, l'ensemble de l'établissement vis à vis de la tutelle, de l'ARH et de la population.

L'ensemble de la politique de régulation se présente comme orientée et cohérente. Globalement, le dispositif dessine le cadre d'une rationalisation focalisée sur la recherche de la qualité au moindre coût et qui tend à mobiliser des expertises et des compétences diverses, présentes en chaque point du système. Pourtant, dans le cours de sa mise en œuvre des zones d'ombre, des sources d'interrogation, sinon d'inquiétudes apparaissent ici ou là.

De ce point de vue, un des changements introduits par la réforme de 1996, tend à modifier sensiblement le champ de la négociation budgétaire : il s'agit de " l'opposabilité des Annexes du SROS" [14]. Certes, dans une perspective de planification démocratique, cette disposition semble logique puisqu'elle permet de rendre effectives, dans chaque établissement, les orientations définies collectivement. Mais, à travers cette mesure, la stratégie d'ouverture et de responsabilisation est mise à mal.

Victime et produit de ce balancement entre autonomie et contrainte, l'esprit de la réforme est lui-même l'objet d'interprétations contradictoires.

1.3/ L'esprit de la réforme

Elément central de la régulation en même temps que résultat d'une évolution endogène du secteur, la restructuration est d'abord une politique publique. Plusieurs lectures de sa finalité sont aujourd'hui possibles.

Si l'on se borne à examiner les moyens utilisés, il apparaît que les ordonnances de 1996 marquent une rupture et peut-être un recul dans la stratégie d'ouverture et de responsabilisation qui qualifiait la réforme de 1991. De fait, et au moins dans le court terme, l'esprit de la loi consacre le passage, du contrat à la contrainte. La concentration du pouvoir régional dans les mains d'un acteur unique, le rôle directif joué par les Schémas Régionaux, le recours à l'arme budgétaire pour réduire les écarts entre régions, etc. Tout semble concourir à faire du secteur hospitalier l'archétype du secteur sur-administré.

[14] " L'opposabilité des Annexes " désigne une procédure selon laquelle chaque établissement doit élaborer en interne un projet d'Etablissement dont, sous peine de refus, les conséquences en matière de développement ou de modification d'activité soient conformes, sinon compatibles, avec ce que le Schéma Régional préconise pour ce qui le concerne. Dans la période précédente, avant 1996, ces préconisations individualisées n'étaient qu'indicatives. Elles étaient donc parties prenantes de la négociation entre l'hôpital et la tutelle. En principe, l'opposabilité marque désormais les limites de la concertation. Une circulaire de mars 1998 traduit l'existence de ce point d'équilibre : " l'annexe est destinée à décrire les seules opérations de recomposition qui sont indispensables et pour lesquelles l'opposabilité juridique est de nature a permettre de conduire les opérations " (circulaire DH/EO/98, 26 mars 1998).

Mais si l'accent est mis sur l'enchevêtrement des niveaux et des acteurs de la décision qui mobilisent ces moyens, il apparaît, que les jeux sont ouverts.

Plus encore, les modifications, envisagées ou à l'étude confirment, d'une part, que rien n'est figé et, d'autre part, que la régulation future tendra à vraisemblablement intégrer le secteur hospitalier, voire le système de soins dans un ensemble plus vaste. De cette extension pourront émerger des champs d'action nouveaux et donc des marges de manœuvre nouvelles. Il en est ainsi des projets de transformation des ARH en ARS (Agence Régionale de Santé) . Cette structure dont la création était évoquée dans le rapport Santé 2010 [15], pourrait avoir vocation à traiter de l'ensemble du champ sanitaire (médico-social inclus). Ce faisant, la stratégie d'extension du secteur hospitalier vers des domaines jusqu'à présent délaissés par lui (personnes âgées, handicapées, etc.) serait, dans un même mouvement, légitimée et canalisée.

Ainsi, qu'il s'agisse du passé récent, du présent ou de l'avenir proche, l'analyse du contexte de la politique de restructuration a confirmé que la logique du " toujours plus " faisait progressivement place à la recherche de solutions diversifiées, négociées qui mettent en jeu et en contact les différents niveaux de l'organisation.

De ce point de vue, le secteur hospitalier s'inscrit dans une tradition française dont les historiens de l'industrie ont mis au jour les traits principaux. Pour simplifier elle repose sur une contradiction entre deux objectifs assignés et assumés par l'Etat Providence depuis l'installation de la crise économique. D'une part, l'Etat est le garant de l'emploi et de l'activité, d'autre part, l'Etat se targue d'avoir un savoir-faire en matière de restructuration ; même si cette compétence est inégale et fluctuante.

L'histoire des restructurations industrielles démontre de plus, que l'action publique est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur un acteur central, capable de faire le lien entre les différents niveaux de l'intervention et entre les différents intérêts en place (F.). Cette figure repérée par l'historien ressemble fortement à celle que P. Muller et B. Jobert nomment " médiateur " : acteur, collectif ou individuel, qui se définit par sa capacité à " créer du global à partir du sectoriel " et à même de réguler les relations entre acteurs porteurs de référentiels divergents [16].

Cette porosité nouvelle accompagne et favorise des mobilités individuelles. Ce fut le cas, naguère, dans l'industrie. Il est arrivé ainsi que des techniciens du public ayant fait leur preuve dans le domaine des restructurations soient, par la suite, recrutés par une entreprise privée pour organiser redéploiements et reconversions [17]. Si ce mouvement commence à s'opérer dans le secteur hospitalier, c'est que les frontières idéologiques, financières, voire statutaires peuvent être, sinon abolies, du moins franchies plus facilement qu'avant grâce à une concertation qui s'affiche comme devant être généralisée. En effet, la profusion des organismes, des missions, des actions et des décisions mêle des partenaires qui, naguère, se parlaient peu.

---

[15] " Au niveau de chaque région serait créée une agence régionale de services de santé responsable de la tenue des objectifs définis pour sa région en matière de dépenses au niveau national " in Santé 2010, Rapport pour le Commissariat Général du Plan, Groupe Prospective du système de santé, présidé par R. Soubie, La Documentation Française, juin 1993, p. 79.
[16] P. Muller " Les politiques publiques comme construction d'un rapport au monde " in La construction du sens dans les politiques publiques sous la Dir. de A. Faure, G. Pollet et P. Warin, L'Harmattan, 1996, pp. 153 – 179.
[17] Un champ de recherches s'ouvre ici sur la réalité et l'impact des nominations croisées au sein des diverses instances professionnelles ou de régulation (Anaes, Arh, Ensp, Conférences, etc.).

L'exemple industriel montre que l'acteur " central " doit d'abord puiser sa légitimité et, plus encore, son efficacité, de sa proximité avec la puissance publique. La procédure de nomination des Directeurs d'ARH, qui a tenu compte, à la fois, des caractéristiques ou des trajectoires individuelles et de l'appartenance administrative, correspond bien à cette double préoccupation. L'appellation ironique de " Préfet sanitaire " signifie, cependant, que toute l'ambiguïté du rôle vient de cette double mission ; sans doute est-il difficile d'être à la fois central et médiateur.

La manière dont ces référents vont finalement converger ne peut faire l'objet d'anticipations dans la mesure où le champ des possibles ouvert par la réforme, non seulement est vaste, mais se redéfinit constamment avec chaque décision. Deux visions antagonistes doivent coexister. D'une part, face au constat d'une rationalité limitée, par l'impossibilité d'envisager tous les états du monde possibles, se focaliser sur la recherche de la seule allocation optimale des ressources disponibles (partage des gains de productivité, ici ; des budgets, là) n'est pas rationnel. Dans une large mesure, et à l'instar de " l'incomplétude du contrat de travail ", l'incertitude ainsi créée est moins un problème qu'une solution. Dans cette perspective, la solution efficiente est d'abord organisationnelle ; elle consiste à créer les conditions d'un apprentissage qui permette de prendre en compte et de favoriser la création continue de ressources [18]. En l'espèce, elle permet à la diversité des positions de coexister et aux jeux stratégiques de s'ouvrir. Cet ensemble de caractéristiques explique que, dans toute politique publique, la participation des acteurs locaux ne soit pas qu'une clause démocratique : il s'agit d'une condition nécessaire à la réussite. Mais, d'autre part, la logique administrative et planificatrice, pour être effective et efficace, ne peut se cantonner à la mise en place de procédures. Elle doit non seulement s'appuyer sur des indicateurs et des calendriers clairs et rétifs à toute manipulation, mais encore s'afficher comme telle. L'explicitation de sa propre détermination est un élément à part entière de la stratégie réformatrice : " L'Agence disposerait d'une enveloppe régionale de financement dont le montant serait fixé au niveau national ... Au départ la base du calcul serait l'existant ... Son calcul pourrait ultérieurement être affiné dès lors que l'on disposerait d'une meilleure connaissance des facteurs de risques face à la maladie. En tout état de cause, les indicateurs d'ajustement retenus ne devraient pas être manipulables par les acteurs " [19].

A cette conception technique fait directement écho l'opinion du spécialiste des politiques publiques: " *On parle des restructurations comme si on pouvait restructurer sans négocier* " (J.).

Afin de mettre de l'ordre dans cette diversité, il est tentant de se référer aux organigrammes et à la logique administrative. Une telle analyse conduirait à penser que, à chaque niveau de l'intervention (central, régional, local), les attentes et les représentations sont homogènes et que les principales contradictions vont se révéler entre ces niveaux. Elle alimente, inconsciemment ou non, l'idéologie de la " résistance au changement " qu'opposeraient les acteurs de terrain au dessein rationnel du réformateur.

Au contraire, l'hypothèse qui préside à cette étude est que le sens que chaque acteur donne à la notion de restructuration dépend, certes, de son niveau d'action mais aussi de sa fonction, voire à d'autres paramètres liés à la nature polymorphe des enjeux.

Des alliances sont ainsi possibles entre des acteurs intervenant aux différents niveaux. Symétriquement, des oppositions peuvent émerger entre acteurs de même niveau.

[18] O. Favereau " Marchés internes, marchés externes " Revue Economique, mars 1989, 2, pp. 273 – 328.
[19] In Santé 2010 , op. Cité, p. 80.

La méthode choisie a donc pour objectif de préciser et de mettre au jour cet ensemble *a priori* hétéroclite de prises de positions. C'est la raison pour laquelle la technique utilisée a privilégié l'entretien semi-directif et que l'accent a été mis sur le choix raisonné des interlocuteurs.

I.4/ Méthode de l'étude

Compte tenu, d'une part, du grand nombre d'acteurs et d'institutions en charge de la politique hospitalière, et, d'autre part de la variété extrême des situations locales, la méthode suivie devait effectuer plusieurs arbitrages. Il fallait rendre compte de la diversité des positions et des conceptions en matière de restructurations tout en les situant dans leur contexte (régional, administratif, etc.). Il fallait aussi faire toute leur place aux discours et aux débats. Il fallait enfin se donner les moyens d'ordonner ces discours dans un schéma interprétatif.

Pour cela plusieurs approches étaient envisageables.

La première, aurait consisté en analyse critique de la littérature sur le thème. C'est l'approche qui a été retenue pour élargir la problématique à d'autres contextes nationaux et notamment anglo-saxons (cf. Partie IV).

La seconde, de type statistique, aurait consisté à effectuer un recensement des opérations de restructuration, d'en établir une typologie, puis une sorte d'évaluation. Cette approche aurait été facilitée par l'analyse d'un document édité par la direction des hôpitaux à la fin de l'année 1998. Sur la base des déclarations des 26 Agences Régionales de l'Hospitalisation ce document recense, à l'aide de courtes fiches et de cartes claires aux légendes précises, quelques 330 opérations de restructuration hospitalière (fusion, partenariat, coopération, etc.). Sous le titre "La recomposition hospitalière ", ce document, disponible sur le site Internet du Ministère, recense des opérations en cours, qualifiées " de rapprochements et de transferts d'activité ". Certaines de ces opérations sont anciennes, d'autres sont en projet ; elles sont, de plus, d'ampleur et d'ambition variable. Globalement, et par sa diversité même, ce document constitue une base de données exceptionnelle sur les évolutions du système hospitalier français.

Toutefois, cet état des lieux aussi intéressant soit-il, ne dit pratiquement rien des attendus, des mobiles, des objectifs et des difficultés éventuelles. De plus, il est en lui-même un exemple, du caractère polysémique de la notion de restructuration que l'étude se propose d'éclairer.

Une troisième méthodologie aurait consisté à choisir quelques sites de façon raisonnée, puis à élaborer des monographies en s'appuyant sur la confrontation des opinions et des histoires reconstruites par les protagonistes. Gagnant en précision, par rapport à la précédente, cette méthode avait pour elle l'inconvénient de rendre l'interprétation dépendante des conditions locales. De plus, elle aurait orienté l'ensemble de l'étude vers une forme d'évaluation qui n'était pas son objectif initial.

L'approche finalement retenue a tenté de concilier les avantages des autres approches, en donnant la parole aux protagonistes tout en créant les conditions d'une analyse et d'une interprétation qui donnent la priorité à la confrontation des discours et des stratégies. La

difficulté consistait alors à choisir les interlocuteurs non dans un souci de représentativité mais pour illustrer et donner un contenu à la diversité supposée des prises de position. Pour ce faire, ni tout à fait monographique, ni vraiment statistique, la méthode suivie a emprunté indirectement et partiellement à ces deux formes alternatives un temps envisagées.

Compte tenu des délais impartis, le nombre d'entretiens a été limité à une vingtaine, réparti en trois groupes d'acteurs. Pour chacun de ces groupes, le choix des interlocuteurs a suivi une logique spécifique.

Le premier est constitué de membres de la Direction des Hôpitaux du Ministère. Sur la base de discussions préalables avec des informateurs éclairés, la méthode a consisté à choisir un interlocuteur privilégié dans chacune des cinq sous-directions plus particulièrement concernées par les restructurations [20].

Le deuxième groupe est constitué d'acteurs dits " de terrain ". Il s'agit de Directeurs d'hôpitaux (3), de Directeurs d'Agences Régionales (2), de Directeur de Cram (1), de responsables syndicaux ou professionnels (2) et d'élus locaux (2).

Afin de les choisir, une étude statistique simple a été menée. Tout d'abord, les Régions ont été classées selon le nombre de restructurations présentées dans le document cité ci-dessus. Puis ce nombre a été rapproché de la densité de lits par habitant dans chacune des 26 Régions considérées. De ce rapprochement est ressorti une typologie des régions en deux grandes catégories : d'une part, les Régions dénommées *froides* où les restructurations sont relativement nombreuses et la densité faible ; d'autre part, les régions *chaudes*, où de fortes densités de lits ne s'accompagnent pas d'une fréquence élevée d'opérations de restructuration.

A cette première liste d'acteurs de " terrain " localement situés, ont été ajoutés un représentant de la Fédération Confédération Générale du Travail (CGT) et un responsable de l'Union Hospitalière Privée (UHP) [21].

Les différentes " fonctions " ont ensuite été réparties entre ces régions selon la grille suivante :

Tableau 1 : Les acteurs de " terrain "

	Régions " froides "	**Régions " chaudes "**
Directeur d'hôpital	Dir. 1 et Dir. 3	Dir. 2
Directeur d' ARH	Darh 1	Darh 2
Directeur de CRAM		Cram
Elu local	Elu 2	Elu 1
Représentant professionnel		UHP
Représentant syndical	CGT (national)	

[20] Dans la suite de ce rapport, ces entretiens sont indiqués par les sigles D.H.1 à D.H.5.

[21] Il est à noter que cette liste a été construite *a priori* et que toutes les personnes contactées ont non seulement aimablement accepté de répondre à nos questions, mais aussi de se rendre disponibles dans un délai relativement bref. Qu'elles soient ici chaleureusement remerciées.

Pour ces deux premiers groupes, les entretiens ont d'abord eu pour objet de préciser les missions et les fonctions des personnes interviewées, leur perceptions des changements en cours et les outils dont elles disposent, ou aimeraient disposer, pour appréhender ces changements, les anticiper, les conduire… Dans un deuxième temps, le thème des restructurations a été abordé plus directement (définition ; impacts attendus, observés, souhaités, etc.).

Le troisième groupe est constitué de chercheurs et universitaires en Sciences Sociales ayant étudié, sous une forme ou sous une autre, les restructurations dans le secteur industriel. En effet, un des objectifs de l'étude - notamment dans son prolongement sous la forme du lancement d'un programme de recherches de la MIRE - est d'engager une réflexion comparative sur ce thème. Dans ce cadre, cinq chercheurs ont été contactés qui ont bien voulu accepter d'échanger sur cette question dans une double optique [22].

Il s'agissait, d'une part, de préciser les termes du débat sur l'éventuelle spécificité du secteur hospitalier et, d'autre part, de mieux percevoir, voire de susciter l'intérêt d'une comparaison qui aurait pour condition et pour conséquence de décloisonner les champs disciplinaires traditionnels (entre les Sciences Sociales de la Santé et celle du Travail).

Tous les entretiens se sont déroulés entre les mois d'avril et de juillet 1999 ; leur durée moyenne a été de une heure trente.

Enfin, il faut préciser que cette recherche a bénéficié depuis l'origine du soutien attentif de la MIRE, de la Drees et de la Direction des Hôpitaux.

[22] Dans le rapport, les propos de ces chercheurs sont signalés par une initiale.

Deuxième Partie

Diversité et ouverture / fermeture des jeux stratégiques

La diversité des positions, des intérêts et des attentes n'est pas seulement postulée, elle est ressentie par les acteurs eux-mêmes. Cette connaissance commune, l'existence d'une forte hétérogénéité, conduit à une forme d'accord sur la nécessité de renouveler les formes de rationalisation. Mais elle conduit aussi à une perte de repères quant au sens à donner aux phénomènes que chacun peut observer, qu'ils soient perçus comme positifs (plus grande attention aux besoins) ou négatifs (inégalités, gaspillages). Mais dans le même temps, cette diversité ressentie ouvre l'éventail des jeux stratégiques car celui des justifications acceptables est rendu à la fois mouvant et large (II.1). Cette ouverture a toutefois des limites ; elles sont davantage organisationnelles que budgétaires (II.2).

Dans ce contexte, la manière dont les différents sens que recouvre la notion de " restructuration " sont mobilisés, est d'abord un révélateur des différentes conceptions de la place qu'il faut ou faudrait accorder à l'hôpital. Mais, plus encore, la polysémie du terme (tour à tour combattue et manipulée), contribue à donner à l'ensemble de la politique, sa cohérence. Elle explique et, en fait, justifie que, par exemple, certains problèmes potentiellement conflictuels et certainement essentiels soient évités (II.3).

II.1/ Diversité vécue des positions

La diversité des points de vue sur les restructurations porte d'abord sur les attendus et les impacts. Il faut noter que la question des mobiles ne se pose pas d'emblée et systématiquement sous la forme d'évaluations rigoureuses d'écarts (nationaux ou locaux) entre besoins et offre [23].

Dans le secteur privé, le mobile est directement économique et financier : " Le niveau de rentabilité moyen du secteur (lucratif) calculé en résultat net / chiffre d'affaires ressort, en 1997, à 1,4 % du chiffre d'affaires. Ce ratio apparaît pour la deuxième année consécutive, en très net recul par rapport à l'année précédente, marquant un retour au niveau de la crise grave de 1991 qui a annoncé et largement provoqué la " restructuration " du secteur " [24].

[23] Si la diminution du nombre de lits est observable, il n'en est pas de même pour le nombre d'établissements. La notion " d'entité juridique " retenue par le Ministère semble pertinente, mais l'évolution des appellations (hôpital local, centre hospitalier) rend difficile une évaluation continue. Toutefois il faut remarquer que la catégorie rassemblant les CHR/CHU, les CH et les Hôpitaux Locaux qui représentait 867 entités en 1987, en compte 948 en 1997. Les établissements privés de " soins aigus " privés comptait 1380 entités en 1987 ; les établissements de " soins de courte durée " privés étaient au nombre de 1151 en 1997. Toutes catégories confondues, le nombre d'entités juridiques recensées par le Ministère est passé de 3756 en 1987, à 4082 en 1997.

[24] In Hospitalisation Nouvelle, Union de l'Hospitalisation Privée, N° 267, avril 1999, p.17.

Dans le secteur public il s'agit plutôt d'un constat d'une évolution naturelle vers le partenariat, la coopération : " *De toute façon on va vers des mouvements peut-être pas de concentrations ... (mais) on sait bien qu'il y eu trop d'émiettements dans le passé .. On sait bien qu'aujourd'hui on a probablement trop d'établissements, trop d'unités .. il faut aller vers plus de complémentarité, vers plus de mise en commun des moyens ..* " (D.H.3). Dans cette perspective, le rôle des pouvoirs publics est d'accompagner, de maîtriser ces mouvements tout en poursuivant des objectifs de rationalisation et d'efficience : " La recomposition de l'offre hospitalière s'inscrit dans un mouvement inéluctable que les pouvoirs publics accompagnent pour répondre de manière optimale aux besoins de la population ... préserver la qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, d'activités ou d'équipement hospitalier " [25].

Si les détracteurs de la restructuration justifient leur position en postulant l'existence d'un lien systématique entre rationalisation, diminution des moyens et réduction de la qualité, ce n'est pas le cas de tous les acteurs et notamment de ceux qui, au niveau central, sont en charge de la politique : " *donc il y a des possibilités de rationalisation qui peuvent se faire sans remettre en cause, mieux en améliorant la qualité de la prise en charge* " (D.H.3).

Pour la plupart des protagonistes, la diversité des points de vue, des attentes et des représentations est rendue palpable par la méthode suivie par la réforme.

II.1.1 Une politique qui génère de la confrontation

Comme on l'a vu plus haut, la politique hospitalière affiche une ambition et une volonté de concertation, de participation. Celles-ci sont positivement perçues : " *Il y a les Agences, il y a tout ça, c'est extrêmement compliqué .. c'est le type même de l'administration moderne .. ça oblige à dialoguer* " (D.H.5).

Car, si dans cette dynamique et, notamment avec la création des ARH, une part d'autonomie a été perdue par les organismes existants, dans le même temps ils sont associés à des décisions qui étaient traditionnellement hors de leur champ d'intervention direct. Ainsi les Caisses Régionales d'Assurance Maladie, sont elles désormais parties prenantes dans des décisions concernant l'hospitalisation publique.

Les Agences " *c'est l'Etat plus l'assurance maladie, on fait la même activité, on fait une mutualisation du travail* " ; " *on est dans un processus de décision qui est très souvent collégial* " (Dahr 1).

Malgré la charge de travail supplémentaire que ce changement implique, cette nouvelle situation est vécue positivement: " *on est associé aux décisions alors qu'auparavant on était consultatif .. c'est un peu difficile .. c'est un fonctionnement qui exige beaucoup de concertations, de réunions... On fonctionne sous forme de groupes de travail avec des*

[25] In " Note sur les restructurations hospitalières ", Direction des Hôpitaux, juin 1998. Concrétisant cette politique, le Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO) a été mis en œuvre en 1998. Il a pour vocation d'attribuer des subventions d'investissement aux établissements sous dotation globale " qui présentent des projets contribuant de manière indiscutable à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional. La campagne 1998 a permis de retenir et d'aider 46 opérations répondant aux critères de " neutralité financière " et de " recomposition de l'offre ". Cf. " Circulaire DH/AF N°134 ", 3 mars 1999.

représentants de l'Etat, de l'Assurance maladie tant administratif que médical.. au niveau quotidien nous avons gardé le traitement des cliniques" (Cram).

Cette fluidité croissante des points de vue et des stratégies n'implique pas pour autant que les analyses soient claires ou unanimes. Au contraire, sur bien des points, les explications ne sont pas consensuelles. Mais le dialogue a pour conséquence que chaque acteur connaît, comprend et, pour partie, partage les arguments des autres.

" *Il y a un progrès dans nos relations avec les médecins au sein des instances telles que les Unions Régionales des Médecins Libéraux .. de ce fait une compréhension s'est faite il y a une meilleure explication de ce que sont nos problèmes .. c'est la première fois qu'ils comprennent qu'il y a un couple .. un couple infernal, mais un couple* " (UHP).

La gestion centralisée, c'est aussi la recherche continue d'améliorations des critères qui doivent présider à l'allocation des ressources. Mais cet objectif vise à résoudre plusieurs contradictions : entre les logiques descendante et ascendante ; entre la recherche d'équité et le respect du statu quo. En conséquence, dans la pratique, *" On procède à une allocation différenciée dont l'amplitude est plus ou moins forte. On tient compte aussi des contingences politiques, des contraintes d'acceptation par le milieu …* " (D.H.3).

C'est ainsi que la réforme redistribue les cartes politiques en ce que les acteurs institutionnels sont enclins à prendre en compte les enjeux propres aux responsables politiques locaux, les maires en particulier. Mais ceux-ci sont d'abord perçus par différents protagonistes comme des freins aux restructurations :

" *En fait les restructurations sont beaucoup plus difficiles à mettre en place. Parce qu'en fait ça implique les pouvoirs politiques, aussi, qui sont quand même des freins importants. Dès qu'il s'agit de regrouper deux établissements publics, il y a les maires, les élus qui s'en mêlent* " (Cram).

" *Les restructurations dans l'hôpital public butent sur le fait que le Maire est Président du Conseil d'Administration* [26] *.. ça reste un truc très électoraliste* " (UHP).

Certes, les élus locaux peuvent avoir un sentiment contraire, mais c'est peut-être parce que leur attente en la matière est très grande : *" Personne ne nous a dit comment il fallait faire .. vous ferez passer le message comme quoi aucun mode d'emploi n'existe ... il faut du courage* " (élu 2).

A ce clivage " vertical ", entre les acteurs locaux et nationaux, s'ajoutent les différences horizontales entre privé et public.

De fait, pour les personnes interrogées, l'idée de morcellement du secteur de la santé renvoie principalement à la distinction entre le secteur public et le secteur privé. Pour certains ce clivage est surtout une source d'injustices : "*L'impression est qu'il y a deux poids, deux mesures .. en faveur de l'hospitalisation publique* " (UHP).

La séparation est d'abord concrétisée dans des modes de financement qui leur sont appliqués. *" On est dans un système qui fixe les tarifs au niveau national tout en voulant aujourd'hui affirmer de façon croissante le rôle des A.R.H., en matière de pouvoirs tarifaires. On est un petit peu enfermé dans des règles juridiques qui sont en partie inadaptées et qui*

[26] Avec les Ordonnances d'avril 1996, cette clause avait disparu *de jure* mais non *de facto*.

nécessiteraient probablement de donner un pouvoir plus grand aux A.R.H. en matière de modulation tarifaire pour le secteur privé. Pour le secteur public, on est dans un système plus classique où effectivement la fonction de tutelle et le rôle d'allocation des ressources descendant des A.R.H. vers les établissements est clairement reconnu et établi... " (D.H.3).

Ce clivage est une des raisons de la répartition inégale des activités entre les deux secteurs, mais, ici encore, l'explication n'est pas univoque.

Ainsi, par exemple, beaucoup d'interlocuteurs constatent, et parfois regrettent, que la chirurgie ambulatoire se soit beaucoup développée dans le privé et si peu dans le public.

Mais les raisons de ce décalage restent ambivalentes. S'agit-il d'une stratégie financière facilitée par une politique de prix et de tarification mal contrôlée ou du résultat de la capacité du secteur privé à adopter plus vite des formes d'organisation innovantes qui se sont avérées rentables ? Certes, ces deux explications sont analytiquement complémentaires, mais comme elles sont idéologiquement inconciliables, la question de l'attitude à adopter face à ces dynamiques inégales reste irrésolue (D.H.3).

Parallèlement à cette division structurelle forte, le secteur de la santé connaît également de nombreux clivages entre les acteurs qu'illustrent les divisions du corps médical lui-même: *" Il y a eu une restructuration des études médicales avec les progrès techniques et les nouveaux moyens d'investigation, les nouvelles méthodes chirurgicales, la médecine s'est spécialisée, on a vu apparaître les accoucheurs, les cardiologues, les spécialistes de tout, des pieds, des mains.... "* (élu 1).

L'hyperspécialisation est, à son tour une arme dans la stratégie de distinction : *" Le paradoxe en France, c'est qu'on parle de la profession médicale, en fait on a un milieu professionnel avec à son sommet une élite professionnelle, qui a une logique particulariste. Les médecins hospitalo-universitaires cultivent leur exception. Ils tirent parti du fait qu'ils enseignent pour cultiver leur exception "* (J.).

Ce qui s'observe pour la profession médicale est aussi visible pour les autres catégories : *" On est face à une logique de la culture de l'exception. Jusqu'à maintenant, les syndicats publics et privés jouent la carte du cavalier clandestin, de celui qui tire son épingle du jeu, c'est-à-dire qui négocie pour ses particularités et qui ne cherche pas à construire un intérêt général "* (J.).

La fonction directoriale elle-même est diverse car divers niveaux d'intervention y cohabitent. A propos de l'analyse de la fusion entre deux établissements, des chercheurs de l'ENSP notent : " l'analyse chronologique de la fusion permettra de comprendre la rationalité propre aux directeurs d'hôpital ou plutôt les rationalités car il est clair que les chefs d'établissements sont acteurs de premier plan alors que leurs adjoints travaillent sur dossiers .. il leur est possible de s'inscrire au premier plan mais sur le registre de la contestation ou de la divergence de vue par rapport au chef d'établissement " [27].

Différents aspects de la rationalisation visent à unifier les dispositifs entre les différents secteurs, les différents modes d'exercice et les différents segments professionnels.

[27] In F-X Schweyer, resp . Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat, ENSP / LAPSS, Rapport intermédiaire pour la MiRe, avril 1998, p.8.

Ce faisant, ils poussent à la fois à reconnaître ces divergences et à en organiser la réduction. Cela se traduit par la création de formes nouvelles de coopération. Les clivages traditionnels sont aujourd'hui brouillés par l'émergence de ces structures plus ou moins formelles (réseaux, etc.), que les systèmes d'observation classiques " *ne savent pas décrire .. on a déjà du mal à repérer les établissements qui sont sur plusieurs sites* " (D.H.5).

Cette difficulté se retrouve de façon générale, lorsqu'il s'agit d'anticiper et de calculer les coûts et les avantages des restructurations.

II.1.2 Une évaluation " plurielle "

Concernant l'évaluation des bénéfices à attendre des restructurations, deux caractéristiques dominent.

D'une part, l'idée selon laquelle une opération de restructuration est d'abord coûteuse, puis, éventuellement rentable à terme, est largement partagée ; en ce sens, la restructuration peut être considérée comme un investissement à la fois matériel et immatériel. Dans un premier temps les dépenses augmentent : " *C'est à terme qu'une opération est susceptible d'amener des économies .. dans un premier temps ce n'est pas une économie, au contraire, ça génère des dépenses supplémentaires*" (Dir.3). Le gain attendu, espéré ou projeté dépend donc du recul temporel adopté pour effectuer les calculs des coûts et des bénéfices.

Mais, d'autre part, aucune étude d'impact rigoureuse n'est menée ; souvent, aucune échéance pour le retour sur investissement n'est fixée. Si bien que, dans un deuxième, le gain peut être nul ou faible ; en tout cas l'incertitude règne : *" ça ne veut pas dire systématiquement qu'on aura des économies, du moins immédiate, et ça ... on n'est pas bien capable de le calculer réellement* " (Darh 1).

En théorie, le résultat dépend, aussi de la situation de référence. Ce peut être la situation présente (sera mis en avant l'écart à la moyenne régionale) ou la situation future (les gains espérés) ou encore celle qui aurait résulté d'une absence de décision. Il peut se faire, en effet, que la restructuration, coûteuse au départ, ralentisse un processus d'extension programmée sur plusieurs sites concurrents, dorénavant alliés. Dans ce cas, le choix de la situation de référence ne dépend pas tant de critères économiques que de la place assignée au calcul dans le processus de négociation (sur les partages d'activités, la mobilité des personnels, etc.). Puisqu'il s'agit de prévisions et de scénario sur lesquels on agit pour qu'ils ne se réalisent pas, le chiffrage ne peut être vraiment rigoureux : " *il est certain que cela aurait coûté plus cher* " (Dir.3)

La " formule d'investissement " et l'objectivité qu'elle est censée apporter est donc absente des débats. Certes l'expertise est disponible, mais elle est elle-même diverse, notamment parce que les horizons temporels sont variables : " *L'expertise existe, il ne faut pas la nier .. la panoplie des outils avec lesquels on va travailler est extrêmement vaste ... (mais) .. si l'étude met cinq ans il est bien évident qu'on est mal parti* " (D.H. 1).

La question des temporalités différentes est souvent évoquée pour expliquer les problèmes de coordination et de cohérence dans l'action. Au temps court des politiques s'opposerait le temps long des praticiens. Pourtant cette dimension serait secondaire si les périmètres à l'intérieur desquels doivent s'opérer les calculs étaient clairement définis.

Or, la difficulté du calcul d'impact est d'abord liée à l'incertitude qui pèse sur le choix du domaine ou des secteurs de référence. En l'espèce, une vision globale serait à la fois difficile et, en partie, inadaptée. En effet, la mécanique financière et notamment la " non fongibilité des enveloppes " incite à rationaliser secteur par secteur.

Ainsi, en matière de recherches d'économies, l'ARH est encline à privilégier le secteur hospitalier sans se soucier, *a priori*, des transferts éventuels vers la médecine ambulatoire ; au

contraire l'Assurance Maladie doit d'abord veiller aux équilibres globaux sans hiérarchie entre les secteurs … mais dans le seul cadre des dépenses qu'elle prend en charge.

Dans cette logique quelques financeurs peuvent être oubliés (les ménages, les Conseils Généraux, etc.) du seul fait qu'ils ne participent pas directement aux décisions.

A cette étanchéité des modes de calcul, correspond une porosité des impacts. En effet, notamment par le biais des filières de soins et des circuits de malades, des transferts sont possibles, entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, entre le privé et le public, etc.

Conscients que ces phénomènes d'ajustement sont décisifs pour l'harmonie de l'ensemble, les acteurs en charge de la cohérence du système de soins déplorent de n'en connaître ni l'ampleur, ni la nature exacte: *" il y a un afflux vers les services d'urgence hospitalières, est-ce parce que les médecins libéraux ne veulent plus prendre en charge un certain nombre de personnes ou est-ce parce que les gens sont de plus en plus en difficulté .. quelle est la réalité des transfert que l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée se renvoient à la figure en permanence ? on sait pas bien* " (Darh 1).

En matière de régulation, la conséquence principale de cette diversité ressentie est la difficulté à voir émerger un " acteur-relai ". *" Les clivages au sein de la profession médicale ont pour résultat concret que l'Etat n'y a pas d'interlocuteur sur lequel s'appuyer pour conduire sa politique de restructuration "* (J.). Cette difficulté constitue une différence avec les réformes du système Britannique où l'Etat a favorisé l'émergence d'un acteur au sein des professions de santé. *" L'un des intérêts de la réforme du système britannique a été de donner un grand pouvoir aux médecins généralistes. Cela créé une différence avec le système Français dans lequel le médecin hospitalo-universitaire a lui le pouvoir. Dans le cas Anglais, c'est une réforme qui a trouvé des alliés en dehors de l'hôpital (*en l'occurrence les généralistes " fundholders ", cf. infra, Partie 4), *ce qui est différent en France où le milieu est clivé "* (J.).

Cette absence de médiateur potentiel, d'interlocuteur légitime ou rendu tel, est un indice de l'hétérogénéité apparemment irréductible des intérêts en présence ; elle explique que certains acteurs conçoivent d'abord la participation aux différentes instances de concertation et de régulation comme l'occasion de défendre les intérêts particuliers contre l'intérêt général: " *notre participation au CROSS … c'est une forme de lobbying* " (UHP).

Mais la confrontation formelle contribue aussi à ouvrir les jeux stratégiques.

II.2/ Ouverture et fermeture

La diversité des référents étant ressentie, les acteurs ont conscience de participer à un vaste jeu de négociations. L'idée selon laquelle les réformes successives ouvrent l'éventail des possibles tout en donnant un horizon fini à la négociation est clairement illustré par le rôle dévolu aux Agences Régionales dans l'allocation des ressources : " *La décision finale .. est prise par l'ARH, sur laquelle on influe, mais le pouvoir décisionnel est concentré au niveau de l'ARH* " (Cram). Cette participation donne-t-elle à la CRAM et au DRASS plus ou moins de pouvoir ? Cette question, pour légitime qu'elle soit, ne peut avoir de réponse univoque puisque tout dépendra de la manière dont localement les acteurs concernés se saisiront ou non de ces marges de manœuvre.

Ainsi, par exemple, un certain flou, affiché, persiste quant à l'usage que les Agences feront des rapports d'accréditation [28]. Dans ce domaine, comme dans bien d'autres, il est patent que, plus que les principes, ce sont les modalités concrètes d'application et d'implantation qui sont décisives.

Comme tous les acteurs savent que tous sont conscients de cette pluralité potentielle, la procédure elle-même est rendue suspecte. L'épisode du PMSI, qui au départ a été présenté comme indépendant de la procédure budgétaire avant d'en devenir l'un des pivots, est là pour alimenter la méfiance.

La recherche de compromis se déroule, en effet, dans une situation macro-économique de contrainte budgétaire qui laisse à penser, en première analyse, que les acteurs se meuvent et déploient leur stratégie dans un jeu fermé et borné. L'image d'une régulation d'abord descendante et contraignante en rend compte : *" On rentre dans la zone d'un jeu à somme nulle... "* (J.). Des notions, telle celle " d'enveloppe budgétaire ", par définition fermée, ou des dispositifs, telle la " péréquation régionale ", confortent ce sentiment.

Le rôle théorique de l'ARH est précisément de travailler à la recherche de l'allocation optimale sans toucher à l'enveloppe.

Bien qu'elle soit inégalement efficace selon les secteurs, cette forme d'incitation est bien réelle *" On a globalement plus de moyens d'intervention possible sur le public que sur le privé(...) Parce que dans le public on a une enveloppe régionale et on la répartit " comme on veut ", sur un certain nombre de critères, etc., mais on peut déterminer les politiques. Pour le privé, l'évolution des tarifs est faite selon les pourcentages fixés au niveau régional, et on a depuis l'année dernière une petite marge de contractualisation qui permet éventuellement de moduler un peu ... "* (Darh 1.).

Il va sans dire que l'opposabilité des annexes du SROS va dans le sens d'un renforcement de cette perception :

" *Ce qu'on va décrire dans le SROS, qui est opposable dans toutes ses composantes, c'est effectivement important (...) ça veut dire que les établissements sont obligés d'aller vers cette voie là* " (Darh 2).

" *il y a un pilotage qui dans le discours apparaît plus contraignant, le SROS et son annexe est devenu opposable, en 96, donc on a là un outil contraignant, dans le même temps, on a le discours sur l'autonomie des établissements, on se soucie de préserver l'autonomie des acteurs, l'idée que le changement devrait se faire, évidemment, avec les acteurs, dans une grande concertation, négociation, c'est la politique de contractualisation, la généralisation des contrats d'objectifs et de moyens. Là aussi, il y a une sorte de paradoxe entre les deux* " (D.H.2).

Dans cette perspective, définie par la volonté de laisser au dialogue toutes ses chances, tout au long d'une procédure qui se veut ouverte, l'opposabilité des annexes du SROS peut poser plus de problèmes qu'elle n'en règle. Pointée sur le résultat, au détriment de l'apprentissage, elle désigne, identifie et personnalise, non seulement les besoins et les orientations, mais surtout les perdants et les gagnants. Elle entre donc en contradiction logique

[28] Cf. F. Pradeau et al. " Qu'est-ce que les ARH feront de l'accréditation ? " Gestions Hospitalières, janvier 1999, pp.11 – 23.

avec la rationalité procédurale que l'ensemble du dispositif, par ailleurs, postule et promeut. C'est la raison pour laquelle elle connaît autant de détracteurs à la base qu'au sommet et qu'en ce domaine aussi, rien n'est irréversible [29].

La première conséquence de la diversité d'acteurs dans un jeu à somme nulle est la production d'une situation très concurrentielle. Comparées à celles du système Britannique, pourtant présenté comme régi par la concurrence, *" les conditions de restructuration sont très différentes dans le système français, où on est dans un système de logiques concurrentielles, de factions "* (J.).

Ce paradoxe n'est qu'apparent car la concurrence peut être de type monopolistique ici, et classique Outre Manche.

II.2.1 Une concurrence organisée

Un exemple ayant trait aux stratégies d'équipement développées par les établissements eux-mêmes illustre ce phénomène :

Pour un établissement menacé de restructuration, la stratégie peut consister à grossir volontairement et indépendamment des besoins de façon à accroître son activité et à rendre délicate toute réduction de capacité (dans le cas public) voire l'absorption (dans le cas de clinique privée). Cette " *course aux armements* " (D.H.1) est efficace dans la mesure où l'offre crée la demande et où le Ministère n'a pas toujours les arguments pour contrer une stratégie qui peut être relayée au niveau régional ; d'autant que l'ARH doit donner un avis favorable pour permettre au dossier d'avancer**.**

Un établissement fragilisé peut donc éviter " le pire " en augmentant artificiellement son activité et ses parts de marché : ce que la concurrence libérale n'aurait sans doute pas permis, la concurrence monopolistique l'exige.

Par rapport à la notion de jeu à somme nulle, cet exemple est cependant ambivalent.

D'une part il apparaît que dans la mise en œuvre de stratégies, au départ justifiées par la concurrence autour des moyens, ceux-ci s'avèrent moins limités qu'au premier regard. D'autre part, si on élargit la notion de ressources pour déborder du seul registre économique ou financier, émergent des modes de partage à l'issue desquels plusieurs protagonistes se retrouvent gagnants.

Sur le premier point les entretiens ont amené quelques preuves: *" De toute évidence, il y a aussi les moyens budgétaires qui peuvent intervenir et on sait très bien qu'on peut inciter les établissements à aller vers des actions de coopération en les aidant budgétairement ou en réservant les enveloppes budgétaires pour ce type d'opération "* (Darh1).

Dans le secteur privé, il peut arriver que la restructuration dégage des moyens supplémentaires pour les cliniques qui sont autant de dépenses pour l'Assurance Maladie par le biais du classement, lui-même lié au plateau technique : *" Pourquoi toutes les cliniques se sont restructurées au contraire des hôpitaux ? c'est parce qu'elles n'avaient pas le choix ..*

[29] Si l'opposabilité pose des problèmes au plan juridique (contradiction avec les procédures d'autorisation habituelles, mise en cause de l'autonomie des établissements, notamment privés, etc.), ceux-ci s'inscrivent dans un contexte qui dépasse le seul domaine législatif et qui concerne l'équilibre de la réforme.

pour être viable financièrement il fallait qu'elles réduisent leur frais.. il fallait qu'elles se concentrent .. les structures qui rachètent sont beaucoup plus performantes avec des classements supérieurs si bien que cela va générer des coûts supplémentaires (pour l'Assurance Maladie) " (Cram) [30]. A propos d'un secteur où l'histoire des reconversions est déjà ancienne, ce sentiment est encore plus fort puisque confirmé par l'expérience " *La périnatalité c'est le chantier structurant par excellence, pour que les maternités de petite taille survivent, il faut qu'elles se regroupent .. ça donne une position aux cliniques restantes une position de pérennité* " (UHP).

Sur le deuxième point, la création et la répartition de ressources non financières, les exemples, moins nombreux, sont tout de même éclairants.

Les ressources mobilisées et créées dans cette direction sont souvent de type symbolique, il s'agit de faire en sorte que, sur un registre ou sur un autre, différents acteurs puissent se sentir gagnants. Ainsi, à propos d'une fusion entre deux établissements hospitaliers locaux : " *L'hôpital le plus petit pouvait s'estimer aspiré .. il fallait expliquer que l'intérêt c'était d'avoir quelque chose de neuf .. j'ai demandé à ce que la présidence du Conseil d'Administration soit alternée entre le Maire de Z et moi-même .. vous ne perdez pas un hôpital vous en gagnez un .. ça s'appelle Centre Hospitalier Inter Communal, ça fait CHIC !* " (élu 2).

Les ressources en cause dans ces jeux à sommes positives peuvent ne pas être strictement financières tout en n'étant pas symboliques: *" On a quand même une palette de moyens qui est assez importante, on peut jouer aussi sur la politique des effectifs médicaux ".* (Darh 1.)

Enfin, l'ouverture des jeux stratégiques, initiée dans le secteur hospitalier peut, sous certaines conditions, le déborder.

En effet, de même que, dans la période précédente, l'hôpital était à la fois bénéficiaire et moteur de la croissance, il peut être aujourd'hui porteur et catalyseur des nouvelles dynamiques de l'action publique. Ainsi dans un des sites visités, l'intercommunalité démarrée en 1990 à propos de la fusion des deux hôpitaux locaux s'est elle muée en une large communauté de communes traitant des problèmes aussi variés que la voirie ou le tourisme (élu 2).

L'importance réciproque du Maire pour son hôpital et de l'hôpital pour son Maire n'est plus à démontrer [31]. Il s'avère que les opérations de fusion engagent des communes et donc nécessitent l'accord de municipalités qui, par ailleurs, peuvent être rivales. Dans cette logique politique, l'accord est plus facile à obtenir si les maires ont la même couleur politique.

Mais cette condition n'est ni suffisante ni nécessaire. Nos interlocuteurs évoquent, avec un certain bonheur, les cas dans lesquels, localement ou nationalement, ces clivages politiciens se sont effacés au profit de l'intérêt commun bien compris (UHP et élus).

---

[30] Sous forme de revendications collectives, les fédérations de l'hospitalisation privée poussent dans ce sens. A l'occasion de l'arrêté ministériel du 1er mai 1999 concernant la baisse des tarifs des cliniques privées, l'UHP et la FIEHP ont demandé à bénéficier d'un fond d'aide à la restructuration, la mise en œuvre de la tarification à la pathologie et que les modalités du passage aux 35 heures soient réexaminées.

[31] A.P. Contandriopoulos et Y. Souteyrand, coord. L'hôpital stratège, Ed. J. Libbey, 1996, 317 p.

La contradiction majeure qui traverse cet ensemble de pratiques et de discours réside dans le fait que la politique hospitalière convoque simultanément, la notion de système hospitalier et le slogan de l'hôpital entreprise.

" *Aujourd'hui chaque établissement gère ses problèmes de manière isolée et la solidarité entre établissements n'est pas très développée .. la seule arme dont dispose l'ARH est la gestion budgétaire ou la menace sur la carrière du Directeur. On gère des contradictions : on est un système atomisé et il y a le rappel que l'on est dans un système unitaire* " (D.H.4). Selon l'angle d'attaque choisi, le domaine de définition des restructurations peut être limité à l'hôpital (dans ce cas l'organisation interne peut être un critère de réussite) ou s'étendre à l'ensemble du marché des soins (l'égalité d'accès devient alors une finalité en soi).

Trois dimensions essentielles de cette politique fournissent des exemples significatifs de cette tension : l'information ; la GRH et l'aménagement du territoire.

II.2.2 De l'information à la communication

La question du sens ascendant ou descendant de l'information est vécue par tous comme un problème central. Mais la façon de l'aborder varie sensiblement d'un interlocuteur à l'autre. La gestion de l'information peut être assimilée à une gestion de flux qu'il faut d'abord identifier puis canaliser. Ainsi par exemple, les priorités, les thèmes sur lesquels doit porter l'effort de régulation doivent faire l'objet d'un recueil auprès de la base mais de façon organisée. Le but est de trouver un équilibre, d'une part entre le désir de prendre la température des terrains et celui de ne pas être submergé par les pressions de lobbies divers, et, d'autre part entre la fonction de veille et la fonction maïeutique : " *organiser des remontées d'informations et des avis d'experts pour identifier les 10 à 30 sujets qui sont émergents et qui vont amener le Ministère à définir une doctrine, une politique .. il y a donc un travail de repérage de vrais sujets* " (D.H.1).

Pourtant les systèmes d'information restent tributaires de leur histoire et des logiques cloisonnées qui ont présidé à leur élaboration : *" On a essayé d'intervenir en direct, avant 96, sur les contrats pluri-annuels, une procédure avait été mise en place* (en vue d'émettre*) des avis et des décisions communes avec la CNAM, dont les dossiers étaient instruits au plan régional DRASS/CRAM, et remontaient au plan national et il fallait un accord de la D.H. et de la CNAM pour obtenir des financements, c'était des fonds d'aides à l'investissement. Et on n'arrivait jamais à aboutir parce qu'on n'arrivait jamais à être d'accord. Plus il y a d'interlocuteurs qui participent à une décision, plus c'est difficile et en fait le problème c'est qu'on n'avait pas la connaissance suffisante du terrain pour apprécier la pertinence du projet et la manière dont les engagements étaient formulés, donc ça ce n'est pas du tout notre rôle, on ne souhaite pas du tout faire ça "* (D.H.2).

Il semble que ce type de cloisonnement soit toujours visible entre institutions (Etat, Sécurité Sociale, etc.) : " *il y a deux systèmes d'information, celui de l'Etat et celui de l'assurance maladie .. pour l'instant on n'y a pas encore suffisamment accès* " (Darh 1). Mais on peut penser qu'il existe aussi, en quelque sorte, verticalement entre les différents niveaux des mêmes organismes.

Pour améliorer la communication entre les ARH et entre elles et la DH, est mis en place un nouvel outil de communication partagée (opportunément appelé Parthage), et dont l'objectif est de permettre échanges et conseils à propose des expériences, des difficultés et des acquis des ARH en matière de restructuration et, plus

généralement, en matière de conduite du changement. D'autres outils de ce type sont à l'étude ou sur le point d'être opérationnels.

Concernant l'activité et le budget du secteur public, l'information doit pouvoir être améliorée et un nouveau système, dénommé Géode, est envisagé pour la fin de l'année 1999. Avec les cliniques privées, le problème semble plus important " *l'Etat n'a pas les moyens d'exercer les missions qui sont les siennes sur le pilotage et la régulation de l'objectif global de dépenses (OQN)* " (D.H.), non pas que l'information y soit particulièrement difficile à créer mais plutôt parce que sa qualité dépend de relations interinstitutionnelles, ici entre l'Etat et l'Assurance Maladie *".. nous sommes complètement dépendant du système de consolidation de l'assurance maladie … En termes d'informations on a des choses qui restent très frustres, trop agrégées* " (D.H.3).

Dans le même esprit, la Statistique d'Activité des Etablissements (SAE) est harmonisée entre le public et le privé, mais la gestion locale reste séparée : la CRAM suit le privé et la DDASS, le public. L'ARH réalise la synthèse et l'analyse des informations ainsi mises en forme à partir des déclarations des établissements. Les marge s'en trouvent réduites car le système d'informations est de plus en plus exigeant sinon contraignant, mais dans cette interdépendance les jeux sont plus ouverts (coopération, rétention, etc..), autant de stratégies que le cloisonnement antérieur ne permettaient pas (Cram).

La transparence de l'information sur ce qui est alloué par l'ARH à chaque hôpital de la région est un élément important du dispositif sans lequel la concurrence par comparaison ne pourrait avoir de base objective. Mais en retour cette transparence oblige la tutelle à une rigueur dans la gestion des données sans qu'elle en ait toujours tous les moyens.

Cet écart entre l'ambition de l'objectif et la qualité des moyens pour l'atteindre est inévitable. De plus, compte tenu de l'importance donnée à la négociation, notamment budgétaire, ce décalage est en partie utile ; il participe du fonctionnement flexible de l'ensemble et permet la recherche de compromis. A défaut, les décisions se prendraient sur les seules bases techniques (point ISA, etc..) sans recours possible. Il doit cependant rester limité. Dans le cas contraire, la confiance mise dans le système de pilotage pourrait en être durablement affectée. La qualité du dispositif comptable doit donc être d'abord évaluée à l'aune de ses performances techniques. Mais son efficience dans le dialogue social et politique qui se noue autour de l'allocation des ressources repose sur ses imperfections et les marges de manœuvre qu'elles ouvrent.

L'une des voies privilégiées pour canaliser ce dialogue est de pousser à la réflexion collective inter - établissements et inter - Agences, éviter les échanges bilatéraux entre chaque établissement et son Agence ou entre chaque Agence et la tutelle. Cette procédure encadre la concurrence par comparaison, crée et renforce la coopération : " *ça amène aussi les établissements à mieux se connaître, à mieux discuter dans les communautés d'établissements qu'on commence à voir arriver .. la deuxième étape ce serait qu'ils arrivent à décider ensemble* " (Darh 2). Dans ce domaine aussi, la coopération est l'horizon de la concurrence.

II.2.3 La GRH " parent pauvre "

Classiquement, pour pousser aux changements, les ARH disposent de deux voies principales qu'il faut savoir conjuguer. D'une part: accompagner et aider les initiatives locales venant des établissements et, d'autre part, inciter financièrement, notamment en réservant des enveloppes budgétaires pour des projets précis. Des voies indirectes sont cependant mobilisables qui confirment la diversité des modalités possibles de régulation. Il en est ainsi de la gestion des postes : “ *Plus on arrivera à créer ou à avoir des postes qui peuvent travailler sur plusieurs établissements, plus on pousse vers des collaborations* ” (Darh 1). Mais d'une façon générale, la GRH et la gestion prévisionnelle du personnel, ne sont guère considérées comme un moteur potentiel du changement. Tout au plus sont elles considérées comme des variables d'ajustement.

Le volet positif de cet état de fait est que la réduction de l'emploi n'est pas la finalité des restructurations. Contrairement à une idée répandue, il peut en être d'ailleurs de même dans le secteur marchand et industriel : *“ Toutes les restructurations ne sont pas faites avec des surcapacités* ”. Outre le fait que la mesure des surcapacités pose des problèmes délicats, et pas seulement dans les services [32], la plupart des restructurations du secteur marchand se font au nom de la compétitivité et des coûts (F.).

Dans le secteur hospitalier, les restructurations peuvent donc avoir pour conséquence une augmentation des moyens en personnels demandés depuis longtemps sans pour cela que cette demande ait été le moteur de la restructuration, mais elle permet d'associer les syndicats au projet: “ *là où les syndicats n'arrivaient pas à obtenir 10 emplois, là tout d'un coup le Plan faisait apparaître un besoin de 86 emplois supplémentaires* ” (Dir.1).

Certes, la préoccupation pour l'emploi est présente au moins depuis 1993 et s'est concrétisée en 1998 par la création du FASMO (Fonds d'Accompagnement Social de la Main d'Œuvre) qui permet aux établissements de bénéficier d'une enveloppe spéciale destinée par exemple à aider les mobilités géographiques, les reconversions, etc. Pourtant cette facilité est peu mobilisée par les établissements. C'est que l'information manque sur le lien entre restructurations et emplois.

Tout se passe comme si ce lien, réel, n'était pas problématique. Il est vrai que le statut de 1986, est protecteur, mais il n'empêche pas les mouvements, et notamment la mobilité géographique.

Plus encore, le licenciement, même s'il est limité, n'en est pas totalement exclu. Les syndicats ont, sur ce point, des positions perçues aussi comme étant divergentes. “ *Le statut de la fonction publique hospitalière est protecteur, sauf que le licenciement est prévu. Il y a une disposition du statut qui stipule qu'en cas de suppression d'emplois, l'administration doit proposer trois autres postes, et si le reclassement n'est pas accepté, le licenciement est prononcé. Ce texte réglementaire n'a pas encore de décret d'application. Il y a une tentative de le négocier avec les organisations syndicales qui a échoué. Aujourd'hui, les organisations syndicales demandent à renégocier ce texte. La C.G.T. voudrait que l'on supprime le terme “ licenciement ” et qu'on le remplace par “ mise en disponibilité d'office ”. La C.F.D.T. souhaiterait que l'on conserve ce terme, à partir de l'argument qu'il est plus porteur de droits pour l'individu que le terme de “ mise à disposition d'office ”* (D.H.4).

Ce débat est crucial mais il est immergé dans une question plus large. En effet le véritable enjeu ne se situe pas dans le seul contenu du statut de la fonction publique hospitalière mais dans les missions de service public qui le justifient. La stratégie de l'acteur syndical consiste donc, assez logiquement, à revendiquer celles-ci pour préserver celui-là : “ *C'est faux de dire que le statut est la garantie auprès de l'Etat, ce qui reste une garantie c'est le statut non pas au sens de l'organisation des règles des personnels, mais le statut au sens mission de service public. C'est quand même plus compliqué* ” (CGT).

Dans le cadre du statut, et d'une façon générale, la marge décisionnelle locale en matière d'emplois est potentiellement plus grande qu'il n'y paraît. Ainsi, sous certaines conditions, il est possible à un Directeur d'établissement de recruter du personnel soit “ contractuels ” (CDD), soit sous la forme “ d'agents sous statuts locaux ” ; particularité du secteur hospitalier, ce statut attache la personne à l'établissement sans possibilité de mobilité.

---

[32] Cf. L. Mallet “ La détermination des sureffectifs ; démarche auto gestionnaire et construction sociale ” <u>Travail et Emploi</u>, 40, 1995, pp. 22 – 32. Cf. également L. Baraldi et J.F. Troussier “ le calcul des effectifs ” <u>Travail Emploi</u>, 77, 1998, pp. 53 – 65.

De même, “ *il peut y avoir utilisation de la marge de manœuvre salariale. Les primes peuvent être modulées mais là aussi les pratiques sont variables il y a des Directeurs qui achètent la paix sociale avec des primes égalitaires* ” (D.H.4).

Si en terme d'effectifs globaux il est difficile d'évaluer et d'anticiper l'impact des restructurations, on peut prévoir, et déjà observer, que la structure des emplois se modifiera. De fait, l'externalisation de certaines activités, s'accompagne d'un accroissement, le plus souvent relatif, des personnels qualifiés.

Mais force est de constater que la GRH est quasiment inexistante au plan régional et qu'il y a même une “ *faiblesse endémique* ” de cette dimension au sein du secteur hospitalier en général. Pour tenter de combler ce manque, la Direction des Hôpitaux a élaboré un guide à l'usage des directeurs d'hôpitaux, dont les attendus, sous l'exergue “ anticiper ou subir ” font explicitement référence aux restructurations [33]. Cependant, les retombées concrètes sont à ce jour peu visibles.

Pour remédier à ce problème vont être créées aux trois niveaux (central, régional et des établissements) des Cellules Emploi dont la mission sera d'accompagner les changements.

Une récente note de la Direction des Hôpitaux résume les enjeux et laisse entrevoir l'ampleur de la tâche : “ Les restructurations d'établissements hospitaliers se heurtent à un certain nombre d'obstacles qui tiennent à l'absence de mobilité des personnels titulaires. Ces obstacles sont soit d'ordre statutaire, soit d'ordre financier, soit d'ordre organisationnel. Toutefois des dispositions sont envisageables ou en cours de mise en œuvre pour lever un certain nombre de ces obstacles ... Les difficultés inhérentes aux statuts des personnels sont souvent mises en exergue pour justifier les difficultés rencontrées dans les opérations de restructurations.. Si ces difficultés .. existent réellement, elles ne sont pas - et de loin - les plus difficiles à résoudre, les difficultés psychologiques et financières restant sûrement celles qui demandent les solutions les plus dures à trouver ”[34] .

Tout semble donc en place pour que le thème du lien entre restructuration et emploi, aujourd'hui sous estimé, mais qui émerge sous forme de flambées sporadiques, soit, dans un avenir proche un des fronts chauds de la politique hospitalière.

Cette dimension débouche sur une autre sphère, finalement assez peu abordée en tant qu'élément de la politique de restructuration, celle de la gestion et de l'organisation du travail interne aux établissements: “ *nous ne réussirons une restructuration du paysage hospitalier que si on s'attaque au sujet de la gestion interne des hôpitaux… avec un peu plus de flexibilité, avec un peu plus d'innovation ..* ” (D.H.3).

L'extrême diversité des unités, services, fonctions rend indispensable de repenser en continu les modes de coordination et plus encore à l'occasion de restructuration. Mais sur ce

---

[33] Direction des Hôpitaux “ Etablissements publics de santé ; guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences”, mai 1997, 134 p. Dans le même esprit l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) de Lorraine a édité en octobre 1997 un guide intitulé La fonction publique hospitalière et la gestion des hommes et des compétences , réédité en octobre 1998 par l'ANFH Normandie.
[34] “ Note sur les restructurations hospitalières ”, Direction des Hôpitaux, juin 1998, Annexe 6. A titre d'exemple on citera le fait que le statut ne prévoit pas le partage d'activité d'un agent entre plusieurs établissements.

plan, l'Etat via la Direction des Hôpitaux, se déclare impuissant: " *Malheureusement c'est un sujet qu'on ne peut régler par décret .. c'est un sujet culturel profond*" (D.H.3).

Le passage aux trente cinq heures pourrait constituer le prétexte à une réflexion voire à une définition d'une organisation du travail rénovée au niveau des unités de soins. Nombre d'agents semblent y aspirer et de nombreux accords sont en cours de négociation, notamment sous l'impulsion de la CFDT. Cependant l'expérience des 35 heures de nuit, il est vrai par nature limitée, permet de prévoir qu'une stratégie adaptée est nécessaire pour que l'impact sur l'organisation et la division du travail ne reste pas marginal.

II.2.4 L'aménagement du territoire

Le constat concernant l'existence de déséquilibres régionaux est largement partagé. Il s'appuie notamment sur l'observation des densités de lits. De fait il apparaît que dans le court séjour l'Ile-de-France et la région PACA connaissent des densités environ 1,3 fois supérieure à la moyenne nationale. A l'intérieur de chaque région, l'analyse met en évidence l'existence de concentrations sur des grandes métropoles régionales.

Pour les demandes d'équipements lourds, on *" travaille en bassin de population pour éviter des concentrations sur des métropoles* " (D.H.1). Que cette politique soit effective ou non est une question qui déborde l'objet de ce rapport. En revanche il est utile de préciser en quoi un tel principe peut entrer en contradiction avec d'autres également affichés comme pertinents.

Il s'agit en effet de dynamiques structurelles qui dépassent le seul secteur hospitalier ; elles devraient être redevables soit d'évaluations précises, soit de politiques plurisectorielles et concertées. Face à la complexité de ces défis, les outils d'abord quantitatifs qui sont développés peuvent paraître limités, comme peuvent paraître particulièrement prudentes les échéances fixées à la politique de péréquation (environ 2015) pour parvenir à une égalité de traitement inter régional.

En effet, à l'égalité d'accès peut se substituer la difficile question de l'équité. " *Tous les maires de petites villes sont inquiets parce qu'ils constatent une rétraction sur les grandes villes .. tout ça met en danger toutes nos fonctions urbaines, or une petite ville peut mourir .. il n'y a pas d'élu qui acceptera de voir fermer son hôpital .... même si on lui dit la sécurité n'est pas maximum ou .. ça va coûter trop cher, tous ces arguments ne marcheront pas* " (élu2).

La question de l'aménagement du territoire est évidemment complexe. La gestion de la proximité, les déplacements plus ou moins longs, les effets de réputation plus ou moins contrôlés sont autant d'éléments d'un processus d'apprentissage dans l'usage optimal de l'existant par les populations desservies :

" Hormis les soins très spécialisés qui ont leur place dans la métropole régionale, l'offre de soins hospitaliers doit être redistribuée au sein de chaque région en fonction de besoins géographiques. Cela passe en général par un transfert de l'offre du centre vers la périphérie de la région ... Mais pour être efficace, ce ré ordonnancement de l'offre doit s'accompagner d'une canalisation de la demande. Il ne sert à rien de créer des niveaux de prise en charge si on ne peut contrôler les flux " illégitimes " de patients. A cet égard, l'application de plan périnatalité, avec le classement des maternités en trois niveaux de

technicité, permettra de juger de l'adhésion de la population à une planification médicalisée de l'offre hospitalière " [35].

Cet ensemble de comportements construit des filières de soins effectives. Celles-ci sont alors des indicateurs pour d'éventuelles recompositions. Comme le précise un DARH : "*Le défi de la proximité (ça consiste) à refaire un plateau technique et non deux ou trois dispersés .. il y aura moins de fuite de populations vers d'autres établissements* " (Darh 2).

Au passage, la rivalité avec le secteur privé est évoquée en termes stratégiques au sens quasi militaire ou géopolitique: " *La petite clinique privée va disparaître, dans un an ou dans cinq ans .. elle est morte ; les gens vont de plus en plus aller à l'hôpital parce que ce sera pratique* " (élu 1). Plus clairement encore, pour ce Directeur de CHU, la fusion entre son établissement et un hôpital local, distant de 20 Km, aura pour conséquence de " *prendre les cliniques privées en tenaille* " (Dir. 2). Les clivages et les cloisonnements sectoriels ont la vie dure.

Pourtant des conventions sont souvent passées entre une clinique et un hôpital public dans le but d'atténuer les effets de la division de plus en plus marquée des activités. Mais le ton employé pour les évoquer confirme la persistance de la vieille rivalité: " *La clinique prend en charge toute l'activité chirurgicale mais en acceptant de signer un contrat de concession garantissant l'accès de toute la population ; sans aucune manière de revanche* " (Darh 2).

Dans ces trois exemples (information, gestion du personnel et aménagement du territoire) il apparaît que le caractère polysémique de la notion de recomposition / restructuration a une fonction ; celle ci est considérée soit comme un frein au changement, soit comme favorisant le dialogue.

II.3/ Conclusion : la polysémie et ses usages

Il est reconnu que, sous certaines conditions, la réussite d'un projet peut reposer sur le flou de son contenu. Dans le cas des restructurations hospitalières, conserver un certain flou autour de la politique et de ses attendus permet de ne pas mettre en avant ses contradictions potentielles " *on pourrait dire aux ARH dites nous les 10 établissements que vous devez fermer dans dix ans, on pourrait annoncer un plan qui annonce et anticipe .. mais tout ça est contradictoire avec la politique d'aménagement du territoire .. une fermeture d'établissement est toujours mal vécue* " (D.H.).

Pour être efficace les Régions elles-mêmes ont besoin de s'appuyer sur un discours national clair. Celui ci n'est sans doute pas assez explicite. Certes, en principe *" on ne dit pas il y autant de politiques de santé que de régions ; il y a une politique qui tient compte des spécificités de chaque région* ". Mais, dans la réalité " *le ministère a des progrès à faire* " pour définir cette doctrine nationale. Celle-ci n'aurait d'ailleurs pas pour fonction d'étendre le pouvoir de l'Etat mais au contraire de lui permettre de limiter son action à des interventions précises définies sur le mode de la subsidiarité par rapport aux Régions (D.H.1).

Faute de discours clair " *on assiste à des restructurations insidieuses " qui, de plus " ne génèrent pas de moyens supplémentaires réels* " (D.H.3). Cette attitude est d'autant plus dommageable que des " fluidifiants " à la restructuration ont été mis en place (tels le Fasmo ou le Fimho) mais qui, faute de politique lisible, restent très peu sollicités. Pour assurer cette

---

[35] G. Johannet " L'hôpital face à un environnement de lus en plus exigeant " Espace Social Européen, N°40, juin 1999, p. 4.

lisibilité, une typologie des formes de recomposition est donc à construire : *“ il y a certainement derrière le même terme des choses différentes, mais il faudrait qu’on arrive à parler à peu prés les uns les autres de la même chose* ” (Darh 2).

Mais cet objectif même est en contradiction avec ce que l’on peut appeler la fonction positive de la polysémie. Elle a, par exemple, pour conséquence de justifier une action modérée de l’Etat : “ *une étude prospective peut considérer qu’il n’y a pas péril en la demeure et que les mécanismes de régulation qui existent vont très bien. Et puis à d’autres moments, on dira qu’il faut être volontariste* ” (D.H.). La polysémie permet de prôner tantôt le laisser faire, tantôt l’interventionnisme.

Symétriquement, le fait que la politique de restructuration soit affichée nationalement, permet aux acteurs locaux qui se lancent dans un projet de se dispenser de le justifier plus avant (Dir.2)

La logique de l’action politique conduit les élus locaux à avancer des arguments divers et convergents (aménagement du territoire, sauvegarde de l’emploi, accès aux soins, etc.) laissant aux décideurs régionaux la responsabilité de l’évaluation des impacts. Ce calcul, global, ne saurait leur incomber. Dans le grand jeu de la régulation, leur rôle est de pousser au maintien d’un potentiel qui soit le plus élevé possible. Mais le calcul d’impact n’est pas non plus du ressort de la tutelle qui, d’une part n’a pas tous les éléments en main et qui, d’autre part, n’est pas le payeur ultime. L’assurance maladie, quant à elle, n’intervient pas dans les négociations, sinon, depuis 1996, via sa participation aux ARH.

La polysémie de la notion de restructuration a donc aussi pour fonction de faire circuler entre les acteurs, comme une “ patate chaude ”, la responsabilité d’une évaluation socio-économique et globale des projets de restructuration.

Le contenu des entretiens réalisés sur le thème des restructurations hospitalières montre que le secteur de la santé est aujourd'hui traversé par de nombreux débats, qui posent la question de sa spécificité. Le secteur de la santé peut-il être assimilé au secteur de l'industrie ? Va-t-il continuer à relever du domaine public ou va-t-il connaître un processus de privatisation ?

Appliqué au secteur de la Santé, le terme de " restructuration " est emprunté au secteur industriel. " *Est-ce que pour autant c'est de la restructuration ? Est-ce que ça restructure ? Est-ce que ça restructure pas ? C'est un langage qui est chargé du côté industriel* " (D.H. 2).

Le transfert de ce terme du secteur industriel à celui de la Santé postule un rapprochement des caractéristiques des deux secteurs et laisse à penser que leur délimitation est perméable. *" Maintenant on n'est plus dans une problématique d'organiser un système d'information, d'industrialiser le processus afin de faire en sorte qu'il soit suffisamment solide pour être en routine le principal instrument d'analyse de l'activité à des fins de gestion... "* (S., DH). Une planification et une politique de prix sont notamment pratiquées pour les équipements lourds hospitaliers. *" On peut dire qu'on a une politique industrielle... "* (D.H. 5).

Ce postulat est fondé sur l'existence de points communs entre les deux secteurs, notamment l'utilisation d'indicateurs financiers. *" Dans l'industrie, les indicateurs pour les restructurations ont été d'abord des ratios financiers, je prends les deux entreprises automobiles françaises, les restructurations ont d'abord été inspirées par les indicateurs de rentabilité que, dans les deux cas, les directeurs financiers ont mis sous le nez des P.D.G.. "* (F.).

Deux conceptions s'opposent sur cette question des particularités du secteur de la santé par rapport à l'Industrie.

Dans la première, les deux secteurs appartiennent à une même entité. *" Ma notion de l'industrie est plutôt une notion anglo-saxonne, c'est-à-dire qu'elle recouvre le secteur des services, c'est-à-dire ce n'est pas simplement la conception de l'industrie au sens des branches de la comptabilité nationale "* (S.).

Pour la seconde, ils sont irréductibles, le secteur de la santé étant spécifique pour plusieurs raisons, qui ne sont d'ailleurs pas également partagées par les acteurs rencontrés. Les uns insistent sur la finalité " *La différence qui existe entre l'industrie et le système hospitalier est que ce dernier fait un travail sur l'humain. On fait de la production, mais à un niveau particulier, qui est celui de l'humain "* (D.H. 4) ; quand d'autres évoquent les moyens : *" Si on descend au niveau des établissements, je ne crois pas qu'il y ait une spécificité du secteur de la santé telle qu'elle est définie par les travaux réalisés en sociologie de la Santé, qui disent " c'est parce que ça touche à la vie, ce n'est pas la même chose ". Je ne crois pas que ce soit un argument suffisant pour dire qu'il y a une spécificité du secteur de*

la santé. Par contre, le fait qu'on ait une multiplicité d'acteurs, avec le monde des médecins, le monde des infirmiers, le monde de l'Administration fait que ce n'est pas comparable avec le monde des industriels... " (V.).

Les débats sur la spécificité du secteur de la Santé posent donc directement la question de la spécificité éventuelle des modes de régulation du secteur de la santé. L'enjeu pratique lié à cette question est la possibilité ou l'impossibilité de transférer les modes de régulation propres au secteur industriel vers le secteur de la santé. *"C'est typique d'une situation où le recours au marché est exclu et où les gestionnaires rêvent d'un quasi-marché pour trouver des modes de régulation autres "* (J.).

Cette recherche d'un éventuel transfert révèle (et témoigne de) la crise des modes de régulation du secteur de la santé. Cette crise se traduit par trois changements.

Tout d'abord, elle déstabilise les modalités et les objets de la négociation collective entre les acteurs. *" Cela veut dire que la culture de la négociation collective purement revendicative, disant je veux plus, tout en faisant le moins, n'est plus possible. On passerait plutôt à voilà ce que je veux, voilà ce que je peux apporter à la cause collective et voilà ce que je lui demande en retour. C'est-à-dire qu'il faut changer de bases de justification des revendications."* (S.)

Ensuite, elle se traduit par une déstabilisation des modes d'administration du secteur de la santé. *" On a des réunions mensuelles avec les Directeurs d'Agence, qui durent une matinée, mais qui s'institutionnalisent et c'est pas forcément le meilleur cadre pour travailler en fait ; c'est un secteur où il y a un problème de l'Administration Centrale qui a quand même du mal à s'affranchir en fait d'un cadre très institutionnel dans lequel elle est très probablement obligée d'agir, mais pour avancer c'est pas suffisant, donc on est obligé de travailler sur plusieurs plans et c'est très compliqué (...) "* (D.H. 5).

Enfin, elle débouche sur la nécessité d'élaborer et de construire de nouveaux modes d'administration. Ces nouveaux modes d'administration paraissent fondés sur deux principes. D'une part, sur l'introduction (ou la visibilité) du dialogue entre l'Administration et l'ensemble des acteurs du système. *" Ca fait partie, me semble-t-il d'une problématique de réflexion sur la régulation, de réfléchir enfin aux jeux et aux points de rencontre des acteurs avec le régulateur ou les régulateurs, les régulateurs car je crois qu'il n'y a pas que la D.H., il a aussi les agences, il y a tout ça, et c'est très compliqué, c'est extrêmement compliqué... mais d'un autre côté peut-être est-ce le type même de l'administration moderne, de régulation moderne, j'en sais rien, ça oblige à dialoguer... "* (D.H. 5).

D'autre part, sur un changement dans la conception de la conduite d'une politique publique. Il ne s'agit plus d'appliquer et de vérifier la légalité des pratiques des agents d'une politique publique, mais de la co-construire avec l'ensemble des acteurs du secteur hospitalier. *" Pour caricaturer, on n'intervient pas en recours hiérarchique, on n'a pas du tout cette fonction là, on a plutôt une fonction plus globale de mise en mouvement du système, d'initiation de groupes de travail sur des expériences pilotes, plutôt sur des logiques expérimentales "* (D.H. 2).

Cette conception de la mise en œuvre d'une politique publique est basée sur la nécessité de tenir compte des autres pour forger une stratégie commune. L'ensemble du dispositif bâti sur une succession d'organisations et d'acteurs paraît alors dans toute la

complexité que tendaient à masquer des pratiques cloisonnées. Cette évolution est tout à la fois souhaitée et constatée. Il s'agit cependant d'en infléchir le cours afin que les finalités propres à chaque acteur restent compatibles avec les changements. Cette attitude pragmatique alimente la polysémie du terme " restructuration ".

Toutefois, cette polysémie n'empêche pas l'existence de diagnostics communs à des acteurs différents.

III.1/ Deux constats consensuels

Le premier constat partagé est celui de l'obsolescence des modes de régulation antérieurs du secteur de la Santé. En effet, malgré leurs divergences, les personnes rencontrées s'accordent pour dire que les modes de régulation mis en place durant la période de croissance ne sont plus pertinents. Ces derniers, fondés sur la résolution des problèmes et des conflits par la logique quantitative du " toujours plus ", créent des dysfonctionnements. *" Le système que nous avons permet tous les excès. Vous pouvez multipliez les actes, plus vous multipliez les actes et plus votre patient est content, c'est simple "* (élu 1).

Même les correctifs mis en place ont un impact limité car sectoriel : *" La partie hospitalière est le seul champ aujourd'hui sur lequel on fait véritablement un ersatz de péréquation, plus qu'un ersatz car quand on voit l'écart entre le taux moyen d'évolution des dépenses autorisées France entière et par exemple la situation en Ile-de-France, on voit qu'il y a quand même un niveau de décrochage significatif par rapport à ce taux moyen, (...) Cela rejoint la question des restructurations et de la faisabilité parce qu'en fait c'est ça qui est en cause "* (D.H. 3).

Ce premier constat se double d'un accord sur la nécessité de mettre en place une politique de restructuration dans le secteur de la santé. Néanmoins, si les acteurs s'accordent sur cette nécessité, ils ne mettent pas la même chose derrière ce terme. Pour les uns, cette évolution concerne la place des établissements. *" Je crois qu'il y a maintenant un consensus général sur l'idée que les établissements doivent évoluer, s'insérer dans leur environnement, s'ouvrir à leur environnement "* (D.H. 2). Pour les autres, il s'agit d'une évolution structurelle. *" Nous sommes d'accord sur l'idée qu'il y a besoin de restructurations dans le monde hospitalier et dans le monde sanitaire et social, qu'il y a besoin de restructuration au sens français du terme, c'est-à-dire d'avoir des budgets qui permettent de modifier la structure actuelle... "* (CGT).

Le second constat porte sur l'existence reconnue de la polysémie elle-même. De fait, le rapprochement des points de vue des acteurs rencontrés fait émerger simultanément une grande polysémie du terme des restructurations, basée sur la difficulté à le définir, et une volonté de trouver des terrains d'entente. *" Alors, ce serait très important, parce qu'on en a parlé avec la Direction des Hôpitaux récemment, ce serait de faire un petit glossaire qui consisterait à dire une restructuration, une recomposition, une coopération, c'est quoi ? De façon à ce que tout le monde essaye de mettre la même chose derrière (...) Il y a certainement derrière le même terme des choses différentes, mais il faudrait qu'on arrive à parler à peu près les uns, les autres, de la même chose "* (Darh 1).

" La restructuration, très concrètement, on ne sait pas ce que c'est. On est quand même sur un sujet dans lequel ce qu'on regarde est très différent. Donc il faut peut-être serrer le champ et savoir ce qu'on veut regarder." (D.H.2).

Dans leur recherche d'un terme à la fois moins connoté et plus consensuel, certains préfèrent parler de " recomposition " montrant par-là même les risques d'éclatement contenus dans la polysémie. *" On entend maintenant plus souvent parler de recomposition, plutôt que de restructuration. Dans notre analyse à nous, la restructuration est une conséquence de la nécessaire recomposition. (...) C'est l'idée qu'il y a en permanence nécessité d'adapter les services à rendre à la population et d'une certaine manière de recomposer régulièrement l'offre, compte tenu des évolutions techniques, des demandes, des besoins, etc. Et puis sa conséquence matérielle qui peut être la restructuration et qui peut se traduire par tout un tas d'impacts dans des champs différents : la restructuration économique, la restructuration géographique, des murs, des hommes etc... En quelque sorte, on a un vrai sujet qui est de dire " qu'est-ce que la restructuration ? ", on a un objectif de recomposition c'est clair, on a une mission de recomposition de l'offre, c'est-à-dire une mission d'adaptation permanente de l'offre aux besoins "* (D.H. 2).

Le terme de " reconversion " a aussi ses adeptes. *" Le terme consacré est recomposition, c'est un joli euphémisme ! "* (D.H. 3). *" On adore les euphémismes en France. (...) J'ai pour habitude d'appeler un chat, un chat. Je préfère parler de reconversion. Au fond, le problème c'est qu'on a des services de chirurgie qui dépensent des millions de francs par an pour rien du tout, alors qu'on n'arrive pas à financer par ailleurs les services de soins pour les personnes âgées. (...) Notre objectif c'est d'amener l'argent là où il est nécessaire, c'est donc un objectif de reconversion... "* (Darh 2) Chacun de ces termes renvoie à une dimension particulière de l'évolution du système hospitalier. Derrière chaque expression se dessine non seulement un objectif prioritaire (coûts, besoins de santé, emploi), mais également une méthode et des indicateurs adaptés.

Sur la base de ces constats communs, des acteurs aux missions et aux positions différentes nouent des compromis partiels leur permettant de continuer à remplir leurs missions au sein du système hospitalier. *" J'allais dire qu'avec certains syndicats, la révolution est arrivée à partir du jour où nous nous sommes mis d'accord sur un constat commun avec le leader syndical déterminant au sein de l'établissement, qui a eu une force d'entraînement tout à fait considérable. A partir de ce moment là, nous avons beaucoup écouté, beaucoup... On n'a pas imposé de solution toute faite... Vous voyez, je crois que c'est souvent des compromis aussi quand même* " (Darh 2).

Le double objectif de l'étude (ordonner la polysémie du terme et trouver les points de convergence entre les acteurs à propos de cette notion) conduit à l'élaboration d'une grille d'analyse mobilisant plusieurs sens de lecture des données empiriques. Trois sens de lecture ont été utilisés.

Dans un premier temps, nous avons recherché les éléments de définition de la " restructuration " auxquels les personnes interviewées donnent des contenus différents (III.2). A ce niveau, trois éléments aux contenus différents apparaissent : les objectifs poursuivis, les démarches mises en œuvre et les indicateurs recherchés. Ces éléments, variables d'un acteur à l'autre, constituent des niveaux d'opposition entre les acteurs selon un mode horizontal de confrontation (cf. le tableau 2 ci dessous).

Dans un deuxième temps, nous avons cherché à savoir si les éléments d'opposition ainsi mis à jour pouvait former cohérence (III.3). En d'autres termes, si à un objectif sont liés

une démarche et des indicateurs. Cette recherche d'un effet de cohérence passe par un mode de lecture verticale des dimensions du tableau. Elle aboutit à la mise en évidence de deux conceptions différentes d'une politique de restructuration.

La première sera qualifiée de "technique ", en ce qu'elle accorde la primauté à la décision ; la seconde de " politique ", en ce qu'elle accorde la primauté à la négociation.

Dans un troisième temps, une lecture diagonale des cases permet de dépasser la diversité et les oppositions d'acteurs à partir de la démonstration des articulations réalisées par ces derniers entre des éléments opposés, mais de niveaux différents (III.4). Ces articulations constituent des compromis noués par les acteurs. Ces compromis sont définis comme partiels car ils respectent les oppositions existantes (entre les objectifs, les démarches, les indicateurs), et les dépassent tout à la fois par l'articulation d'éléments de niveaux différents (un objectif avec une démarche par exemple) qui s'inscrivent dans des conceptions différentes de la politique de restructuration. En ce sens, ces compromis partiels sont aussi des articulations entre deux conceptions de la dynamique de restructuration.

Tableau 2 : Deux conceptions des restructurations hospitalières

Objectifs	Economies budgétaires	Réponses aux besoins
Démarches	Descendante	Ascendante
Indicateurs	Quantitatifs	Qualitatifs
	Conception Technique	**Conception Politique**

III.2/ Les éléments de la polysémie

Trois éléments apparaissent polysémiques dans la notion de restructuration. Les acteurs donnent des contenus différents aux objectifs, aux démarches et aux indicateurs. Ces oppositions sont fondés sur des constats différents, motivant le lancement d'une opération de restructuration.

Pour certains, le constat qui préside à la décision de restructurer intègre les principes de régulation gestionnaires. *" Le départ de la première opération de fusion qu'on a mené est que l'établissement X. prend conscience qu'il a un taux ISA extrêmement élevé avec des faiblesses structurelles assez fortes et une activité faible (...). Il se dit que si on ne fait pas un rapprochement vigoureux avec le CHU, il va avoir de vrais problèmes de continuité (...)."* (Dir. 2).

Pour les autres, le constat renvoie aux objectifs de sécurité/qualité des soins qui lui sont inhérents. *" Quels étaient les constats ? C'est qu'il y avait d'un côté un petit hôpital, d'un autre un autre établissement dans un état de délabrement total, installés dans la même ville sur plusieurs sites, (...) tout ceci était fait de bric et de broc. Et puis, il y a avait un autre hôpital plus récent, qui avait une présentation correcte, mais qui incontestablement avait pris du retard par rapport à l'avenir et qui vivait comme il y a 25 ans (...). Par exemple, dans l'hôpital, la stérilisation était zéro, il n'y avait pas de stérilisation, il y avait des cuisines qui étaient complètement obsolètes... "* (élu 2).

A partir de cette divergence de constats, les acteurs attribuent des objectifs différents aux restructurations.

III.2.1. Les objectifs

Les objectifs que doivent en principe atteindre les restructurations sont de deux ordres. Il peut être d'ordre comptable ou financier, il s'agit alors de la maîtrise et de la réduction des coûts des établissements. *"La logique financière peut donner l'impression de précéder les mouvements de définition de projets médicaux, de structuration de pôles, qui évidemment prennent du temps. On peut aussi considérer qu'en fait elle crée la contrainte qui oblige fortement justement les acteurs à bouger un peu plus vite. En fait, qu'est-ce qui se passe quand on fait notre péréquation, on commence déjà à baisser le curseur de telle sorte que les établissements se mobilisent dans 5 ans ou 10 ans, si la péréquation se poursuit, je serai à tel niveau, donc j'essaye de me mettre en position telle que je serai capable de gérer dans une contrainte qui sera diminuée de 10, 15, 20 %, une activité définie de telle ou telle manière, avec les moyens correspondants "* (D.H. 3).

L'objectif comptable est lui-même multiple. Il peut s'agir, avec la péréquation et le PMSI, de la réduction des écarts à la moyenne, mais il peut aussi concerner une réduction absolue ou relative de l'enveloppe allouée à l'ensemble du secteur. " *La position des autorités de tutelle au départ de la fusion, c'était de dire vous faites une excellente opération et donc au passage, nous on veut récupérer une partie des excédents que vous allez réaliser dans cette fusion. C'est à dire que tous les hôpitaux de la région doivent pouvoir profiter du fait que le CHU est un établissement dont le point ISA est plutôt faible (puisqu'on est un établissement dont le point ISA est en dessous de la moyenne nationale et même en dessous de la moyenne régionale). (...) Le DRASS m'a dit à l'époque : " vous faites une excellente opération financière (...)"* (Dir. 2).

Enfin, il peut désigner une politique d'allocation des ressources éventuellement croissante. " (A la CGT*), on pense qu'il y a deux aspects. D'une part, quand on compare les dépenses de santé par rapport au PIB, on n'est pas choqué. On ne trouve pas ça dramatique, y compris qu'un pays développé consacre 10%, parfois un peu plus de son PIB en dépenses de santé. C'est pas un signe de mauvaise santé économique. Il faut arrêter avec ça... "* (CGT).

Le deuxième ordre de finalité n'exclut pas, par principe, la rationalisation, mais la subordonne à l'identification préalable des besoins de santé. De ce point de vue, les restructurations peuvent ou non s'accompagner de transferts budgétaires significatifs. *" En ce qui concerne les structures hospitalières, avec le SROS et la carte sanitaire, on va essayer de répondre aux besoins, de mettre en place une offre répondant à des besoins réels. Alors en s'appuyant sur la qualité des soins et la sécurité du malade, en développant une politique d'accès aux soins à tous, (...) tout ça, ce sont des notions relativement nouvelles et qui sont en train de se mettre en place "* (élu 1).

Paradoxalement (?), la recherche d'économies d'échelle peut également s'inscrire dans cette perspective. *" On cherche quoi dans ces concentrations de plateaux techniques ? On cherche à avoir une concentration de plateaux techniques et de matières grises un peu plus importante parce qu'on considère que cette concentration améliore la sécurité et la qualité des soins. Deuxièmement, on fait aussi le pari de la proximité en disant si on refait un bon*

plateau technique (...), on peut penser qu'il y aura moins de fuite de population vers d'autres établissements et donc on assurera un meilleur service de proximité " (Darh 1).

L'articulation de ces deux objectifs apparaît contradictoire à deux niveaux. Au niveau théorique. *" On ne peut pas poser un problème de fond, qui est un problème éthique, qui est un problème de définition des besoins dans notre société, on ne peut pas le poser directement en termes instrumentaux, de réduction du budget de l'Etat. (...) Il y a une tension entre ces deux choses là.. L'instrumentation des politiques publiques va à l'encontre de l'ambition de l'intérêt général. On ne peut pas poser un problème d'économie financière indépendamment d'une explicitation d'ordre éthique, morale et d'intérêt général (...) "* (S.).

Et au niveau pratique. *" On veut conserver le système de santé que nous connaissons avec les soins pratiquement gratuits par des remboursements de la Sécurité Sociale et des mutuelles complémentaires, que tout le monde puisse bénéficier de ce système de santé, l'ouvrir à tout le monde, l'accès des soins à tout le monde, moi je suis tout à fait d'accord sur le principe, mais ça coûte très cher, ça coûte très cher "* (élu 1). *" On est dans une société destructurée qui connaît une fracture sociale grave avec près de trois millions de chômeurs et tout ce que cela entraîne comme conséquences, et puis il y a les gens qui n'ont aucun moyen d'accès aux soins et il faut leur donner la possibilité de se soigner et de bénéficier de la même qualité des soins que ceux qui ont une couverture sociale. Le hic c'est que dans un système fonctionnant sur ces bases, vous allez multiplier les actes... "* (Dir. 2).

Ce débat n'est pas sans rappeler la bataille rhétorique " maîtrise comptable "/ " maîtrise médicalisée " qui a d'abord facilité puis entravé la mise en place des Références Médicales Opposables en médecine de ville [36]. Malgré le caractère tranché des positions, il est vite apparu que l'enjeu, l'efficacité même de la réforme dépendait plus du degré d'engagement des protagonistes dans la mise en œuvre de la politique que dans la précision *ex ante* de ses objectifs [37]. C'est la raison pour laquelle les oppositions concernant les démarches à suivre sont décisives, dans la recherche d'éventuels compromis.

III.2.2. Les démarches

Le second élément de la notion de restructuration qui apparaît polysémique est la démarche à mettre en œuvre. Dans les propos des acteurs, la démarche est définie par deux caractéristiques : son sens et les principes de régulation qu'elle retient. Là encore, la polysémie du discours s'ordonne à partir d'une distribution dichotomique. Deux types de démarche, qui semblent se succéder dans le temps, sont évoqués par les acteurs. *" Nous accordons la plus grande importance aux contrats d'objectifs. Je ne cesse de le dire : nous passons d'une logique tutélaire à une logique de négociation, ce qui est complètement autre chose... "* (Darh 2). Chacune d'elles possède des principes de régulation différents.

Lorsque la démarche est descendante, elle correspond surtout aux conditions d'une tutelle. *" Regardez la circulaire budgétaire annuelle quand le Ministère de la Santé diffuse*

---

[36] Kerleau M., "l'hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé ", Sciences Sociales et Santé, V.16, N° 4, décembre 1998, pp.5 - 34.

[37] Mossé Ph. " La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité ", Sciences Sociales et Santé, V.16, N°4, décembre 1998, pp. 35 – 60.

l'ONDAM hospitalier avec la répartition des enveloppes par région. Il ne se contente pas de dire : " Vous avez X milliards de francs en région Rhône-Alpes, Y milliards en région Languedoc-Roussillon, et on continue comme ça. Il livre également le mode d'emploi : " vous allez répartir ces crédits de telle et telle façon " " D.H. 1).

" Alors, (...), la responsabilité de la sous-direction va bien sûr d'un niveau macro économique à un niveau plus micro-économique (...). Pour le secteur public, on est dans un système plus classique où effectivement la fonction de tutelle et de rôle d'allocation de ressources descendant des A.R.H. vers les Etablissements est clairement reconnu et établi… je conçois et nous considérons à la DH que nous sommes chargés de la définition des éléments de la politique hospitalière dans son système d'allocation de ressources et d'organisation du système de soins qui doit ensuite être relayé aux spécificités régionales par les Agences " (D.H. 3).

Les principes de régulation de la démarche descendante sont gestionnaires. *" Le principe de la dotation globale c'est que ce n'est pas une subvention forfaitaire définie ex-ante, mais c'est une résultante, c'est-à-dire que pour définir normalement à l'échelle d'un établissement, la dotation globale, on procède de deux manières. A partir des dépenses autorisées de l'année précédente, l'A.R.H. décide du montant de l'évolution en tenant compte de l'activité, de la valeur de point ISA. Donc décide que l'établissement par rapport à sa base de dépenses autorisées a droit à une augmentation de 0,5%. (...) On est amené à vérifier que les prévisions se confirment, que le système de régulation pour le secteur hospitalier marche … pour le secteur privé, on sait ce qu'il donne puisqu'on est plutôt dans un système a posteriori où on constate les dépassements et on en tire les conséquences en termes de pénalisation à l'année n+1. Et dans le secteur hospitalier public, c'est nous qui régulons, on a un montant qui est fixé par l'ONDAM, en dépenses d'assurances maladie autorisées, dont on déduit les dépenses hospitalières autorisées "* (D.H. 3).

Les acteurs développent alors des stratégies cohérentes avec ces principes de régulation. *" Les phénomènes que l'on connaît c'est la course aux armements. Ce que j'appelle la course aux armements... c'est-à-dire que si je suis un établissement de santé, public ou privé, et que je me dis fragile parce que je n'ai pas la masse critique, avant d'être passé à la moulinette du SROS qui va dire " on ferme " ou d'une décision administrative qui va dire " on ferme ", ou d'un actionnaire un peu ambitieux qui va dire " je vous croque tout cru et vous n'avez pas d'autres choix que de vous vendre à moi ", les gens qui font la course aux armements demandent un scanner, ils demandent une IRM (...) en se disant que s'ils ont ça, ils entreprennent durablement une activité d'hospitalisation à cet endroit là, dans cet établissement là et que ce sera beaucoup plus difficile de fermer après. Et d'ailleurs, cela lui permet d'aller voir l'Administration en lui disant " soyez cohérent avec vous-même. Si vous avez mis un scanner ici, vous avez parié sur nous. (...) Soyez cohérent jusqu'au bout, ne dites pas que vous avez l'intention de nous fermer puisque vous avez commencé vous-même à structurer et à développer fortement les urgences en mettant un plateau technique "* D.H. 1).

Cette démarche descendante est remise en cause à partir de l'idée que certains acteurs du système hospitalier sont suffisamment forts pour la rendre inopérante. *" Si vous voulez, l'image d'un pro consul qui régit son royaume, c'est une image... En face de moi, j'ai des pouvoirs puissants. Croyez-vous que la Fédération Hospitalière de France ne soit pas un acteur puissant ? C'est quand même une sacrée organisation ! Et le milieu médical, et les Directeurs d'hôpitaux, c'est quand même une belle corporation aussi ! "* (Darh 2).

Ces acteurs se tournent alors vers un autre type de démarche, caractérisée par un sens ascendant. Elle consiste en un accompagnement de projets élaborés par les acteurs locaux. *" Alors il y a d'abord une politique que l'on a défini nous, qui consiste à mettre l'accent sur toute l'organisation de la coopération entre les établissements (...). On rappelle au départ que c'est aux établissements de prendre l'initiative et de proposer un certain nombre de choses et de s'organiser entre eux. Nous, on intervient au fur et à mesure pour caler les opérations avec eux, au fur et à mesure qu'elles avancent... D'où l'importance de la pédagogie, il faut expliquer en permanence aux établissements qu'il n'y a pas les tâches nobles et celles qui ne sont pas nobles... "* (Darh 1.).

Cette vision peut aussi être partagée par la tutelle : *" Je préfère travailler en me disant: il y a des consensus d'experts, la légitimité de la direction des hôpitaux dans une démarche d'anticipation, c'est probablement d'organiser des remontées d'informations et des avis d'experts, pour identifier les 10, les 20, les 30 sujets qui sont émergents et qui vont forcément amener le Ministère de la Santé à définir une doctrine, une politique. (...) C'est parce qu'elle est la Direction des Hôpitaux, parce qu'elle est en contact permanent avec les régions et avec les établissements de santé, c'est de dire : " je suis le réceptacle, je suis le catalyseur d'un certain nombre de questions qui peut-être, toutes seules, ne seraient pas traitées spontanément... "* (D.H. 1).

Le principe de régulation de la démarche ascendante est l'organisation de la coopération entre les acteurs. *" Il y a d'abord une politique que l'on a défini nous, consistant à dire on met l'accent sur toute l'organisation de la coopération entre les établissements avec tout ce que ça peut impliquer parce qu'il y a des formes très variées. Deuxièmement, on rappelle au départ que c'est aux établissements pour nous d'en prendre l'initiative et de proposer un certain nombre de choses et de s'organiser entre eux "* (Darh 1).

" Notre stratégie a été d'essayer de promouvoir un certain nombre de rapprochements entre établissements hospitaliers, qui trouvent leur déclinaison dans le schéma d'organisation sanitaire que nous sommes en train de boucler. Tout ce qui favorise la coopération constitue certainement l'un des objectifs principaux de notre action... " (Darh 2)

Là encore, des stratégies cohérentes avec ce principe de régulation sont développées. *" La doctrine du Ministère de la Santé, c'est bien d'avoir des partenariats. Et donc, les stratégies s'adaptent à ça. Et puisque les stratégies s'adaptent à ça, on a de vrais dossiers de coopération, et puis on a des dossiers d'habillage (...) Nous aussi on a pris l'habitude de voir des dossiers qui sont crédibles et des dossiers qui sont des dossiers d'habillage. Quand vous avez une IRM qui prétend fonctionner avec 50-60 radiologues, on sait très bien qu'il n'y en a que 5 ou 6 qui font fonctionner la bécane. Mais pour faire bon poids, bonne mesure, les stratégies locales consistent très souvent à dire : " et bien, on va jouer profil bas et on va présenter un emballage cadeau que le ministère aime bien... "* (D.H. 1).

Ces deux démarches, dont le sens et les principes de régulation sont différents, apparaissent contradictoires. *"Ici il y a un pilotage du système hospitalier qui dans le discours apparaît plus contraignant. Le SROS et son annexe est devenu opposable en 96, donc on a là un outil contraignant. Dans le même temps, on a le discours sur l'autonomie des établissements, on se soucie de préserver l'autonomie des acteurs, l'idée que le changement devrait se faire, évidemment, avec les acteurs, dans une grande concertation, négociation, c'est la politique de contractualisation, la généralisation des contrats d'objectifs et de moyens. Là aussi, il y a une sorte de paradoxe entre les deux…"* (D.H. 2).

III.2.3. Les indicateurs

Le troisième élément qui, dans les propos des acteurs interrogés, apparaît contrasté rassemble les indicateurs et les informations à recueillir pour conduire la politique de restructuration. Conformément à la nature des objectifs poursuivis, ces indicateurs et informations sont de deux ordres. Au risque de simplifier, il y a quelque raison de les dénommer quantitatif et qualitatif.

La figure emblématique des indicateurs quantitatifs est le point ISA. *“ L'amélioration des critères de péréquation puisqu'ils ont un peu bougé au fil des deux trois ans, avec notamment cette année, l'introduction d'un critère lié à l'état de santé de la population avec l'indice comparatif de mortalité qui a été rajouté par rapport à nos critères qui étaient essentiellement fondés sur une notion d'égalisation de moyens à travers le concept de francs par population hospitalisable et le concept de valeur de point ISA qui permettait de tenir compte de l'efficience des établissements appréhendée à l'échelon régional ”* (D.H. 3).

Les demandes d'informations qualitatives concernent les stratégies d'acteurs. *“ Quand on fait le SROS par exemple, c'est mettre sous tension les acteurs par rapport à une stratégie de changement et bien évidemment tout le monde ne marche pas le doigt sur la couture, on est en démocratie heureusement, et donc il y a des stratégies propres à chacun des acteurs qui se développent dans ce champ là. Cela nous intéresse de savoir premièrement comment les gens perçoivent le sujet, ce qu'on peut en dire, ce qui se passe concrètement, comment ils y agissent et comment ils y réagissent. C'est sûr que cela nous intéresse. (...) C'est un peu ça notre problème (...), on est sous la contrainte de la conduite d'une politique et inévitablement, il faut qu'on ait des points de repères et c'est ce qu'on essaye de se fixer. Alors qu'est-ce que peut apporter un programme de recherches là dedans, et bien tout ce que peut apporter un programme de recherche quand il apporte un éclairage sur comment se comportent les gens dans une stratégie de changement, je crois que c'est évident”* (D.H. 2).

L'analyse du discours des acteurs montre des points d'opposition réels à propos de chacune des trois dimensions de la définition des restructurations. La question qui se pose alors est de savoir dans quelle mesure, ces points d'opposition sont liés entre eux et s'inscrivent dans deux ensembles cohérents.

Cette question nécessite de changer le sens de la “ lecture ” des données empiriques recueillies : à la lecture horizontale, succède la lecture verticale du tableau.

III.3./ Opposition et cohérence des conceptions

La mise en relation des éléments sur lesquels on repère la polysémie de la notion de restructuration conduit à mettre à jour deux conceptions de la politique de restructuration. Chacune de ces conceptions s'avère cohérente par la logique d'ensemble qui lie objectif - démarche - indicateur.

Une première conception de la politique de restructuration comporte une forte dimension technique. Dans cette conception, l'objectif de réduction des coûts des établissements hospitaliers s'inscrit dans le cadre d'une démarche descendante, dans laquelle les principes de régulation sont des principes comptables et financiers. Les indicateurs

adéquats avec cet objectif et le sens de cette démarche sont des indicateurs quantitatifs, fondés sur un système d'information sophistiqué fonctionnant en routine. *" Pour le secteur public, on est dans un système classique où effectivement la fonction de tutelle et le rôle d'allocation des ressources, descendant des ARH vers les établissements est clairement reconnu et établi. Notre travail va de la définition du montant national autorisé des dépenses hospitalières calculé par référence au montant des versements de l'Assurance Maladie (....) à la (mise en œuvre de) la problématique de la péréquation "* (D.H. 3).

Cette conception technique de la politique de restructuration n'est pas sans rappeler la " rationalité substantielle ", caractérisée par la définition stricte d'un objectif et des moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre. Si des ajustements successifs sont réalisés, c'est au nom de l'écart constaté entre la réalité chiffrée et les objectifs visés.

La cohérence de cette conception puise sa solidité, notamment, dans l'ancienneté du mouvement d'amélioration des informations concernant l'activité et le budget des établissements. Elle rappelle la conception wéberienne de l'administration qui fonde son efficacité sur l'organisation rationnelle des moyens en vue d'une fin. Dans celle-ci, l'administration est efficace " parce qu'elle accroît dans des proportions considérables la calculabilité des résultats, puisque le système est défini indépendamment des qualités et des défauts des exécutants. Ainsi, il devient possible de pronostiquer qu'une décision prise au sommet sera appliquée par la base " sans haine ni passion " et sans qu'il soit nécessaire de renégocier à chaque fois l'ensemble du système de décision " (P. Muller)[38].

Ici, la " raison d'être " de la conception technique est la volonté d'évacuer tout arbitraire dans l'accompagnement et la mise en place des restructurations.

Cette lecture verticale fait émerger une seconde conception des restructurations. Cette conception peut être définie comme une conception " politique " au sens où, contrairement à la conception " technique " exposée, plus haut, elle est fondée sur l'introduction et la prise en compte des acteurs aux différents niveaux de la mise en oeuvre de la politique de restructuration. Cette prise en compte est fondée sur la nécessité de laisser aux acteurs une capacité d'initiative, permettant de mettre en adéquation la politique de restructuration avec les caractéristiques locales. Dans cette conception, le dialogue et les échanges entre acteurs sont fréquents afin de faire coïncider la perspective générale de la loi et les projets d'acteurs.

Cette conception " politique " des restructurations rappelle l'une des caractéristiques de la " rationalité procédurale ", au sens où l'issue de la politique de restructuration n'est pas définie *a priori*. Elle est construite à partir des actions diverses mises en œuvre par les acteurs locaux et dans la perspective de répondre aux besoins de santé de la population. *" Il y a des dossiers de restructuration dont on se dit : " bon, c'est pas forcément ce qu'on attendait, tout ce qu'on attendait ", mais laissons faire quand même parce que c'est un premier pas. On n'a jamais eu de dossiers sur lequel on était amené à dire " ça non, on refuse ". Parce que finalement, il nous est arrivé de freiner sur un certain nombre de choses parce que ça nous paraissait ne pas aller dans la bonne voie, ou bien de dire " bon vous avez fait ça, OK, mais il faut aller plus loin "* (Darh 1).

Au plan opérationnel, et au service de cette conception politique, des rapports pacifiés de coopération entre des protagonistes *a priori* opposés sont présentés comme des garants de l'efficacité. Le constat - la nécessité du changement - étant donné pour acquis, sa mise en

[38] In Muller P. Les politiques publiques, Que sais-je ?, PUF, 1990, Paris, 127 p.

œuvre doit d'abord s'appuyer sur des procédures. Le modèle de ces procédures est celui de la concertation. L'image positive de la " démocratie " sanitaire s'oppose à celle de la " technocratie ".

Ces deux conceptions des restructurations, et les formes de rationalité dont elles sont proches, sont non seulement globalement opposées, mais encore perçues comme telles par les protagonistes. *" Un certain nombre d'opérations portent aujourd'hui le nom de restructuration et s'apparentent plus à une diminution du potentiel de l'offre de soins ou à une diminution du potentiel sanitaire et social. (...) L'idée de la restructuration c'est de faire évoluer la façon dans laquelle les choses sont organisées (...) "* (CGT). La logique comptable est rejetée au nom de la recherche de la satisfaction des besoins. *" Il est clair que nous refusons la logique dans laquelle les évolutions de fonctionnement renvoient à une logique purement comptable, qui n'est pas une logique de réponse aux besoins (...). Je veux vraiment faire la différence entre les deux aspects... "* (CGT).

L'opposition entre ces deux conceptions des restructurations est particulièrement visible sur deux points. Le premier concerne le lien entre les restructurations et l'emploi ; le second concerne les temporalités dans lesquelles les restructurations doivent se dérouler.

III.3.1. Les impacts sur l'emploi

Le premier exemple de domaines à propos desquels les deux conceptions des restructurations s'opposent, est donné par la nature du lien établi entre les restructurations et l'emploi.

La version technique considère la question de l'emploi à partir du critère gestionnaire qu'est la masse salariale. Cette dernière est en effet le poste de dépenses le plus important pour les établissements. Dans cette mesure, il est logique de considérer que les économies réalisées à l'occasion des restructurations ne sont réelles et pérennes que pour autant qu'elles permettent, sinon de réduire significativement la masse salariale, du moins d'en contrôler la croissance. En conséquence, l'accroissement des dépenses qui ne correspond pas à un redéploiement ou à une redéfinition des activités est vécue comme autant de freins à l'évolution nécessaire du système. *" (...) Le sujet le plus lourd est la masse salariale, les dépenses hospitalières dans les hôpitaux publics, c'est environ 70% des dépenses de personnel, et dès qu'on a des mesures générales fonction publique ... soit sur le personnel médical, soit sur le personnel non médical, mécaniquement, cela créé des phénomènes d'évolution je l'ai dit, mais rien que ces événements là plombent une très large partie des moyens, qui sont consacrés chaque année à l'évolution des moyens pour le secteur hospitalier... "* (D.H. 3).

Ayant pour objectif la réduction des dépenses, cette conception comptable établit un lien dans lequel la restructuration équivaut à la réduction du nombre des emplois. *" Qui dit restructuration dit impact sur l'emploi et là je dirai que bon c'est le sujet le plus sensible et le plus compliqué de l'affaire. Aucun gouvernement depuis 20 ans, et même si on raisonne depuis les 5 dernières années, n'a jamais voulu dire que la restructuration du système hospitalier signifiait une diminution nette d'emplois, ce qui ne veut pas dire qu'on va mettre des gens à la rue, parce que finalement quand on regarde les grandes entreprises publiques ou d'autres secteurs, on a suggéré des décélérations en jouant sur les phénomènes de turn-*

over. On peut très bien dire qu'on supprime des postes sans forcément supprimer des emplois et jouer sur les phénomènes démographiques naturels " (D.H. 3).

Pour être efficace, cette politique se doit de définir un objectif précis, quantifié, et une période à l'issue de laquelle une évaluation pourra être menée. Pour les tenants de cette conception, les impacts des restructurations sur l'emploi doivent être annoncés pour pouvoir être maîtrisés.

Compte tenu de la sensibilité des personnels, et peut-être aussi de la population, il est nécessaire d'annoncer clairement et au plan national, le résultat attendu ainsi que la méthode pour y parvenir.

A défaut, les rapports de force localisés auraient tôt fait de reprendre la main au mépris de l'équité. *" Ca prendra du temps, ça c'est vrai, parce qu'on a parfois des pyramides d'âges qui ne sont pas compatibles avec les contraintes immédiates, mais on pourrait très bien avoir un consensus national disant, il faut fermer X centaines d'hôpitaux sur les 5 ans qui viennent, cela va se traduire globalement par des diminutions d'emplois, de postes, mais il n'y aura pas de suppression d'emplois en tant que telle. Ca c'est quelque chose qui pourrait être dit, mais qu'aucun gouvernement n'a jamais dit. C'est vrai que ce hiatus à mon avis est, pour moi à titre personnel un peu perturbant, parce qu'il empêche d'aller jusqu'au bout de l'explicitation du message "* (D.H. 3).

Au niveau des établissements, ce lien restructuration/emploi peut se traduire par le non-remplacement des salariés partant en retraite, afin d'amortir l'effet produit par la diminution du nombre de postes, dans un statut jugé protecteur. *" Chaque agent a été un cas individuel qui a été traité avec tous les honneurs dus au fait qu'il était titulaire depuis des années et on lui a offert plusieurs possibilités avec formation à l'appui, etc. ... tout a été fait sur la base du volontariat et je vous dis qu'on n'a pas eu une journée de grève et jusqu'à présent, on a vraiment aucun problème (...) Tout le monde a été traité de manière très positive, mais cela n'a pas empêché quand même qu'au bout du compte, il y a eu une cinquantaine de postes économisés. J'ai à peu près 50 départs à la retraite sur un effectif d'a peu près 7 500 agents "* (Dir. 2).

La conception politique des restructurations intègre aussi le lien restructuration/emploi. Mais il s'agit de dépasser une certaine lecture mécanique pour prendre en compte, dans le mouvement produit par les restructurations, la déformation de la structure des emplois. Cette prise en compte induit un débat, une discussion sur les compétences. *" Les travaux sur les entreprises privées, que ce soient les travaux des historiens ou les travaux des gestionnaires, ont montré que beaucoup d'indicateurs de gestion étaient des indicateurs qui visaient d'abord les coûts en personnel, de manière complètement brutale, c'est-à-dire sans prendre en compte ni les qualifications, ni les qualités des personnels... (Contrairement aux qualifications et aux qualités du personnel), la masse salariale est un indicateur totalement visible, généralement le plus visible "* (F.).

Elle défend une approche différente de l'emploi hospitalier. L'approche quantitative n'est pas absente, mais elle se conjugue avec l'idée selon laquelle les besoins qu'il s'agit de satisfaire peuvent demander des compétences et des moyens nouveaux. Cette position peut se formuler dans des termes généraux. *" C'est un peu encore la vieille pensée unique dans l'industrie qui n'imagine les restructurations industrielles que sous forme de réduction d'effectifs, de plans sociaux, sous prétexte que le marché diminuant de 10%, les effectifs vont*

baisser également. Je pense que la prise au sérieux de cet impératif de réponse aux besoins de santé de la population peut amener une nouvelle pensée de la restructuration, c'est-à-dire non pas la réduction d'effectifs, mais la réorganisation du travail, l'apparition de nouvelles demandes qui peuvent nécessiter que l'on s'en occupe. (...) On peut peut-être penser autrement " (S.).

On retrouve toutefois cette opinion, mais concrétisée à l'occasion d'un projet particulier. Dans ce cas, c'est l'ouverture de négociation autour d'un plan de restructuration, justifié par de nouveaux besoins, qui a permis la création d'emplois. *" Alors surtout ce qui a séduit et interpellé les syndicats, c'est que là où ils n'arrivaient pas à ramasser une dizaine d'emplois qu'ils réclamaient depuis longtemps, là tout d'un coup, le plan faisait apparaître un besoin de 86 emplois supplémentaires "* (élu 2).

La flexibilité devient alors un équivalent fonctionnel à la suppression d'emplois contenue dans la conception comptable des restructurations. *" La prise de conscience qu'on sert des usagers, des clients nécessite d'être organisé au plus près des besoins, des questions et des demandes des usagers. Une certaine demande de flexibilité apparaît, qui concerne les travailleurs du secteur de la santé. En France, on pratique la chose au niveau gouvernemental, mais on refuse le mot. On préfère parler d'adaptabilité, de souplesse. La nécessité de répondre aux besoins de la population induit des formes de décentralisation, de flexibilité, qui ont des répercussions sur les salariés. Cela se pratique depuis longtemps dans les hôpitaux (...) "* (S.).

III.3.2. Les temporalités

Le second point d'opposition entre les deux conceptions des restructurations est la question des temporalités dans lesquelles elles se déroulent. Deux types de temporalités sont envisagés. Une temporalité courte et scandée oriente l'action liée à une rationalité technique. Elle s'oppose à la temporalité longue et ouverte sous-jacente à la rationalité politique.

En adéquation avec la rationalité substantielle dont elle est proche, la conception comptable des restructurations est positionnée dans une temporalité courte et bouclée (au sens où le temps global de la restructuration est divisé en temps intermédiaires correspondant à des étapes d'avancement). Dans cette conception, le temps est représenté par une ligne droite jalonnée. Ces jalons constituent autant de repères communs pour l'action. *" La durée (d'une restructuration est) 5 ans, c'est court mais il ne faut pas non plus traîner. Quand on annonce les opérations, il faut se tenir aux dates. Moi je dis au 1er juillet on fusionne et puis il ne faut pas s'arrêter sur les obstacles. Moi je vois des établissements qui essayent de fusionner depuis des années et qui n'ont toujours pas fusionné. Donc je pense que la durée oui, mais pas non plus trop long, et puis je crois qu'il faut se donner des dates et accélérer le processus et tenir les dates, en ne se donnant pas non plus trop de temps parce que sinon après il y a des fantasmes trop importants et puis les agents n'aiment pas l'insécurité, ils veulent savoir très vite où ils vont atterrir "* (Dir. 2).

Selon les fonctions et les missions qu'ils remplissent, selon les informations dont ils disposent, certains acteurs sont, de plus, contraints de privilégier le court terme. *" C'est vrai qu'aujourd'hui, l'essentiel de notre activité est centrée sur un horizon court. L'état de nos moyens ne nous permet pas malheureusement de prendre le recul nécessaire pour essayer justement, au-delà de la gestion des cycles annuels, de se projeter vraiment en disant, on a le*

cycle annuel, mais il s'inscrit dans un contexte plus large, dans lequel on essaye d'infléchir ou de faire telle ou telle politique " (D.H. 3).

A l'inverse, la conception politique des restructurations s'inscrit dans une temporalité longue et ouverte (au sens où les étapes de la réalisation ne sont pas déterminées d'avance). *"Notre préoccupation aujourd'hui c'est cette typologie qu'on va chercher à affiner, c'est caractériser les opérations. Bon on a de la conversion, on a du soutien au fonctionnement, on a des communautés, des réseaux. Une fusion c'est un acte juridique, une fusion c'est deux Etablissements qui se regroupent et qui ne font qu'un.. A la limite, ce n'est qu'une signature au bas d'un arrêté. Sauf que dans une fusion, il y a de la réorganisation de l'offre, il y a de l'optimisation de l'offre de soins, des services logistiques, donc il y a beaucoup d'adaptation. Il faudra que l'on puisse décliner (tout ce qui se passe lors d'une restructuration) pour essayer de mesurer la lourdeur des opérations, et de cette lourdeur, déduire que plus c'est lourd, plus il faut du temps "* (D.H. 2).

Dans le " cours des choses " et du changement, à son origine, il se peut que le terme même de restructuration n'ait pas été évoqué alors que, dans le résultat final se retrouvent tous les attributs de la restructuration industrielle la plus classique. Il en est ainsi, par exemple, des multiples activités et pratiques rendues obsolètes par l'évolution de la science et de la technologie médicales. Il en est ainsi de l'avènement de la chirurgie ambulatoire, et il en sera sans doute de même avec la télémédecine.

Cette recherche n'a certes pas pour objectif d'évaluer la manière dont se répartissent les différents acteurs du système hospitalier entre ces deux conceptions générales. Il serait toutefois erroné de penser que la conception technique, parce qu'elle est aussi bureaucratique, n'est défendue que par la tutelle. Symétriquement, les acteurs de " terrain " ne sont pas systématiquement porteurs ou défenseurs d'une vision politique qui les émancipe mais les responsabilise. Précisément, c'est l'enchevêtrement des conceptions et des positions qui permet aux compromis locaux et partiels d'émerger et à l'ensemble de la politique de restructuration d'être, en partie au moins, effective.

Pris dans des conceptions opposées d'une politique de restructuration, les acteurs tentent de dépasser ces oppositions en articulant des éléments appartenant à ces deux conceptions. Ces articulations constituent des compromis partiels.

III. 4/ La construction de compromis partiels

Avant de fournir quelques exemples de compromis, il est nécessaire de rappeler pourquoi un compromis global n'est pas possible dans le secteur de la santé. Il faut préciser, ici, que la question de la construction des compromis s'inscrit dans une problématique de la recherche de nouveaux modes de régulation. La crise des modes de régulation antérieurs étant rendue visible par les débats sur la spécificité de ce secteur (cf supra). L'hypothèse qui est formulée est que l'élaboration de compromis dépend des conditions dans lesquelles les acteurs évoluent, et notamment des caractéristiques du secteur de la santé. Ces caractéristiques sont différentes d'un pays à un autre. *" Ce qui me frappe, c'est la fascination pour l'exemple Britannique comme modèle de management public appliqué au secteur hospitalier et je crois que ce cas n'est pas assez étudié en termes de stratégies, de construction, de soutien à de nouvelles méthodes de gestion (...) Dans ce contexte, les conditions de construction d'un compromis global sont différentes "* (J.).

Comme on l'a vu, en France, le secteur de la santé se caractérise à la fois par une multiplicité d'acteurs qui évoluent dans une situation concurrentielle, et par l'absence d'un acteur - relais sur lequel l'Etat pourrait s'appuyer pour conduire sa politique.

La contractualisation, pressentie comme universelle, ne remplit pas complètement ce manque. En fait, elle ne concerne qu'une partie de l'activité, celle qui, visible, peut être à la fois l'objet d'évaluation et de résultats tangibles.

De même, les Agences Régionales de l'Hospitalisation auraient pu fournir les bases du compromis global en donnant dans le même mouvement un cadre aux objectifs et aux méthodes. Au contraire, le sentiment des acteurs eux-mêmes est que les A.R.H. sont prises dans le système de contraintes qu'elles étaient censées coordonner.

Tous les acteurs rencontrés évoquent la complexité irréductible, voire croissante, du secteur de la santé. *" Quand j'ai pris mon poste, les relations avec les tutelles étaient beaucoup plus simples. On nous a mis une couche supplémentaire avec l'Agence car aucun des interlocuteurs antérieurs n'a été supprimé pour autant. Cela a été une grande déception pour nous. Lorsque les Agences sont nées après les ordonnances de 96, on avait caressé le grand espoir d'avoir un interlocuteur unique (....). On s'est rendu compte que c'était comme un millefeuille, les DDASS existaient toujours, la DRASS aussi, la CRAM et les CPAM, et que par-dessus ça, il y avait maintenant l'Agence, qui certes coordonne une partie des travaux, mais pas tous... "* (UHP).

De plus, la multitude des interlocuteurs et de leurs représentants ne permet pas l'émergence d'accords globaux et pérennes sur les objectifs. *" Je pense qu'il y a une réflexion à mener sur le dialogue avec les acteurs (...). Je suis vraiment très surpris de la sur-représentation des acteurs, c'est-à-dire que quasiment, il y a 700 000 personnes qui travaillent à l'hôpital, il n'y a pas 700 000 organisations mais c'est quasiment ça (...) Vous avez des lignes de partage qui définissent des matrices extraordinairement compliquées (...) avec un nombre de cases très important. Il faut faire le compte, mais (on a les catégories) administratives, médicales, les catégories d'établissements,(...), vous avez ensuite les fédérations, vous avez les syndicats, ... c'est quand même très très impressionnant comme milieu "* (D.H. 5).

Ces acteurs multiples relèvent de milieux socio-professionnels fortement disjoints et clivés, si bien que ces clivages se déclinent dans l'organisation du travail des établissements hospitaliers. *" Il n'y a pas d'espace de coordination-concertation entre les médecins et les infirmiers par exemple. Il y a des espaces de coordination-ajustement entre médecins ou entre infirmiers, mais pas entre les deux. Ils forment donc un espèce de monde un peu disjoint. (...) Ce qui se passe en interne au niveau d'un service est marqué par des clivages qui viennent de l'extérieur, qui viennent des professions, de quelque chose d'extérieur au service. C'est comme si à l'intérieur du service, cela ne pouvait se résoudre parce que ce n'est pas prévu au niveau des cadres extérieurs, qu'un médecin et une infirmière se mettent autour de la table et se coordonnent de manière étroite. C'est comme si n'étant pas structuré de l'extérieur, cela ne peut pas se mettre en place en interne. (...) Il y a un monde médical avec ses propres mécanismes de formation de ses membres, pareil pour les infirmières et il n'y a pas forcément de concertation prévue. On est dans une dimension sociétale qui a des répercussions en interne des établissements "* (V.).

L'existence d'une multitude d'intérêts divergents s'accompagne d'un déséquilibre très grand entre les acteurs. Le clivage des milieux socio-professionnels donne lieu à (et est alimenté par) une " culture de l'exception ". " *Il y a un paradoxe en France où on parle de la " profession médicale " et où on a en fait une élite avec une logique particulariste. Les conditions de restructuration sont donc très différentes dans ce système là où on est dans un système de logique concurrentielle, de factions, et contre-factions avec les médecins. En France, on est dans un système de logique de culture de l'exception. Jusqu'à maintenant les syndicats publics et privés jouent la carte du cavalier clandestin, c'est-à-dire celui qui tire son épingle du jeu, celui qui négocie pour ses particularités et qui ne cherche pas à construire l'intérêt général. Les médecins hospitalo-universitaire cultivent leurs exceptions et tirent parti du fait qu'ils enseignent pour essayer de tirer parti de leur exception. "* (J.).

La hiérarchie entre des acteurs parties prenantes d'un même système se retrouve donc nationalement et professionnellement, mais aussi régionalement. *" (Dans le cadre de la restructuration), quand il y a un projet pour la Région, tous les intervenants doivent avoir déposé leur projet à peu près en même temps pour qu'on fasse le tri. L'AP de Paris va sortir son projet en 2001-2006, tous les autres sont obligés de le faire avant. Il y a quand même une déviance majeure qui est que les intervenants d'une même région n'ont pas été traité de la même façon et ça, c'est inadmissible. (...) Il y a les règles élémentaires d'une loi qui doivent s'appliquer à tous de la même manière et là on fait exception. Dans un contexte de restructuration, nous ne sommes pas au même point de départ. Cette règle de l'exception dominante est extrêmement gênante "* (UHP).

Cette prise de position illustre les propos du chercheur : *" On est dans un système morcelé de professions clivées et fermées ... C'est plus difficile (d'arriver à un compromis global) dans un (tel) système, car il n'y a pas d'acteur qui travaillerait à réduire les contradictions ".* (J.).

Ce manque est ressenti par la Tutelle comme si la politique hospitalière se heurtait tout à la fois à un défaut d'acteur - relais et à une myriade d'interlocuteurs légitimes. *" Quels sont les interlocuteurs du régulateur à un certain moment ? C'est probablement une gestion administrative assez moderne qu'on ne rencontre pas ailleurs, (qui constitue une tendance) permanente à dialoguer. Mais l'effet inverse, c'est qu'on dialogue beaucoup, mais ça bouge peu, on dialogue avec tout le monde... "* (D.H. 5).

La multiplicité des acteurs s'accompagne paradoxalement de l'absence ou de la " non - représentation " d'un acteur qui devrait pourtant être central : l'usager. *" L'intérêt des patients est quelque chose qui est insuffisamment pris en compte par la recherche sur le système français de santé, où on a vu l'intérêt des financeurs, on a vu l'intérêt des gestionnaires, on a vu l'intérêt de la société globale (...) "* (F.).

Ici encore, ce manque est ressenti, déploré, par la tutelle, impuissante: *" Il y a une autre dimension que nos systèmes d'information ne prennent pas en compte, il n'y a aucun système d'information là-dessus, c'est la satisfaction de l'usager, ça n'existe pas (...). Le sujet de l'hôpital est tellement complexe qu'il faut l'aborder avec un angle d'attaque différent, et l'usager lui-même, son dialogue avec le régulateur n'existe pas vraiment aujourd'hui en fait, enfin peu, en tout cas. Il n'y a pas d'organisation un peu systématique de l'information sur l'usager et l'hôpital "* (D.H. 5).

Ici encore, faute d'acteur pertinent, le compromis ne peut prendre pour base l'usager. Qui pourrait affirmer que les Etats Généraux de la Santé (qui se sont déroulés au cours du printemps 99) constituent un authentique contre exemple ?.

Ces caractéristiques du secteur de la santé expliquent largement la difficulté à voir émerger un éventuel compromis global. Elles n'empêchent pas cependant la construction localisée de compromis partiels. Ces derniers permettent à la politique de restructuration d'exister. Ils sont le résultat d'apprentissages d'acteurs, dans le sens où ils modifient les positions et prises de positions initiales. Les interlocuteurs rencontrés dans le cadre des entretiens témoignent de ces effets d'apprentissages. Ils peuvent se produire dans le secteur public : *" Mais le plus drôle c'est l'effet miroir. L'effet miroir c'est que le CHU a été beaucoup plus important que ce qu'on peut imaginer, c'est-à-dire que (l'établissement avec lequel on a fusionné) représente 5% des points ISA du CHU, mais en terme d'organisation, de fonctionnement, de prise en compte des problèmes, des questions de congés, la manière dont on peut étaler les heures... On a été obligé de tout mettre à plat et ça nous a donc obligé nous aussi à tout mettre à plat. Donc cet établissement qui ne fait que 5% du total des points ISA finalement, qui ne représentait pas grand-chose, nous a amené, nous a obligé à repenser beaucoup plus de choses que ce qu'on imaginait "* (Dir. 2).

Ils peuvent aussi naître dans le privé et traverser bien des frontières *" J'ai eu de très grosses difficultés avec mon maire, qui ne voulait absolument plus que l'on existe (...). La première chose qu'il a faite a été de retirer l'autorisation du scanner qui avait été donnée à ma clinique par le gouvernement précédent. J'ai mis trois ans pour récupérer cette autorisation avec un procès. (...) Aujourd'hui il se rend compte de l'importance de l'hôpital de proximité avec notre clinique, qui ne lui coûte rien et qui ne fait que lui rapporter énormément d'argent parce qu'il y a la taxe professionnelle. Aujourd'hui quand je vais le voir pour qu'il m'aide à défendre quelque chose, dans la mesure où idéologiquement, ce que je lui demande rejoint ces convictions communistes, il m'aide, il est à mes côtés. C'est une révolution culturelle "* (UHP).

C'est sur la base de ces apprentissages que des compromis partiels peuvent être construits. Une lecture diagonale des éléments du tableau 2 permet de compléter, en la nuançant, l'idée de points d'opposition forts entre les acteurs. Elle montre que si la construction de compromis globaux semble difficile, des compromis partiels sont quant à eux possibles. Leur forme n'est pas aléatoire, mais respecte les piliers existants des oppositions. Ces compromis partiels sont élaborés par des acteurs qui combinent partiellement et localement des éléments issus des deux conceptions de la politique de restructuration. Ils constituent autant de lieux dans lesquels les acteurs travaillent à réduire les contradictions qui les opposent. En ce sens, ils font éclater les dichotomies mises à jour par les modes de lecture horizontal et vertical, sur lesquelles était fondée la grille d'analyse. Ces compromis peuvent être qualifiés " d'obliques " au sens où ils mêlent des éléments appartenant aux conceptions opposées de la politique de restructuration.

Ces articulations sont possibles car elles sont réalisées entre des éléments de niveaux différents (par exemple entre, d'une part un objectif de la conception " politique " des restructurations et, d'autre part, une démarche descendante caractérisant la conception " technique "). A titre d'exemples, deux formes de compromis peuvent être évoqués.

III.4.1. Les multiples usages du PMSI

Le premier exemple de construction de compromis partiels est donné par le PMSI. Les tenants des conceptions “ technique ” et “ politique ” des restructurations se saisissent différemment de l’outil qu’est le PMSI pour tenter de l’intégrer à leur propre conception. Cette tentative d’intégrer un outil identique dans des conceptions différentes se traduit par la création au sein de ce dernier de catégories nouvelles. Ces dernières peuvent être considérées comme le résultat tangible des compromis partiels que nouent les acteurs à propos du PMSI.

Pour la conception technique des restructurations, le PMSI est un outil d’aide à l’allocation des ressources financières. *“ Le PMSI est un outil d’information sur les établissements comme un autre, mais qui a pris tellement d’importance depuis qu’il est utilisé à des fins d’allocation (...) Plus on s’orientera vers l’utilisation du modèle du PMSI à des fins de financement des établissements, plus il faudra que l’outil soit affiné pour éviter les effets pervers que l’on commence à entrevoir (...). Je pense que l’outil PMSI, enfin le modèle, -même si au départ, cela n’a pas été présenté comme cela aux établissements- est un modèle de description médico-économique qui a bien comme finalité première (...) de financer les établissements, donc je pense qu’il ne faut jamais oublier cela lorsque l’on souhaite utiliser les informations PMSI à d’autres fins, a priori ça n’a pas été conçu pour ça... ”* (D.H. 5).

Pour la conception politique des restructurations, le PSMI est une source d’information qui peut-être utilisée en vue d’une meilleure organisation territoriale de l’offre de soins. *“ Le PMSI est une source d’information importante et il est largement sous-utilisé. On l’utilise pour l’instant quasi exclusivement pour le calcul des points et la répartition de l’enveloppe budgétaire alors qu’on devrait l’utiliser beaucoup plus pour connaître la répartition de parts de marchés auprès des établissements, pour connaître les déplacements réels de population par pathologie (...), ça permettrait de nous aider beaucoup plus dans la planification et dans l’organisation du système, et dans le repérage du dysfonctionnement ”* (Darh 2).

L’opposition entre les deux conceptions se résout par l’élaboration de nouvelles catégories d’analyse, qui modifie l’outil qu’est le PMSI sans l’empêcher de jouer sa fonction initiale d’allocation des ressources. *“ Le PMSI c’est quand même avant tout un outil d’allocation, ça ne veut pas dire que le recueil d’informations ne peut pas être mobilisé avec toutes les précautions et la réflexion que cela entraîne, à d’autres fins, évidemment il faut le faire, notamment d’organisation afin d’avoir une vision sur l’activité à de fins d’organisation des soins, de conception, d’élaboration de l’utilisation, de la répartition de l’offre de soins sur quels poids. C’est un outil qui permet de connaître ce qui se passe dans les établissements et à ce moment-là, on est obligé non pas de travailler sur les groupes homogènes de malades, on est probablement obligé de descendre, d’avoir d’autre grilles d’analyse que celles des groupes homogènes de malades. C’est assez typique que certaines agences ont, proches de l’opérationnel, essayé de définir des catégories qui sont entre les catégories majeures de diagnostic et les groupes homogènes de malades... ”* (D.H. 5).

III.4.2. Réponse aux besoins et démarche descendante

Le second exemple de compromis partiels et localisés est donné par l’articulation entre l’objectif de réponses aux besoins de santé de la population et des instruments de conduite de la politique relevant d’une démarche descendante.

Certains acteurs ont pour objectif une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. *"On cherche quoi dans ces concentrations de plateaux techniques ? (...) On cherche à ce qu'il y ait une concentration de plateaux techniques et de matière grise un peu plus importante parce que l'on considère que cette concentration améliore la sécurité et la qualité des soins. Deuxièmement, on fait le pari de la proximité en disant, si on refait un bon plateau technique vrai (...) on peut penser qu'il y aura moins de fuite de population vers d'autres établissements, et donc on assurera un meilleur service de proximité (...). La population devrait trouver un service de meilleur qualité "* (Darh 1).

Conformément à la conception politique, cet objectif est poursuivi dans le cadre d'une démarche globalement ascendante. *".. on rappelle au départ que c'est aux établissements d'en prendre l'initiative et de proposer un certain nombre de choses et de s'organiser entre eux "* (Darh 2). Mais, dans certains cas, des instruments de la démarche descendante sont mobilisés dans le même but : *" .. il y a aussi les moyens budgétaires .. on peut inciter les établissements à aller vers des actions de coopération en les aidant budgétairement ou en réservant les enveloppes budgétaires pour ce type d'opération (...) Il est déjà arrivé de réserver certaines enveloppes financières en disant on vous donnera cet argent là à condition que... "* (Darh 1).

L'exemple des demandes d'équipements lourds démontre que ces compromis peuvent se nouer entre la base et la tutelle. Il illustre, de plus, la notion d'apprentissage entre les différents niveaux décisionnels.

On pourrait penser que la planification des équipements, réalisée au niveau national, est une variable d'ajustement par rapport à des décisions d'abord assises sur une évaluation locales des besoins de santé publique et sur un développement concerté. Qu'il s'agisse du transfert d'un équipement d'un établissement vers un autre ou qu'il s'agisse de l'achat d'un nouveau matériel, les SROS fixent les besoins et les orientations stratégiques définies pour chaque établissement. De plus, dans ce domaine il n'y a pas de décrue quantitative, il s'agit sans doute d'un des rares points du système hospitalier dont la croissance est garantie pour au moins un ou deux lustres. Cette configuration semble donc propice au déroulement de la logique technique.

Pourtant les processus de décisions en la matière sont plus complexes car interactifs. En effet, dans l'élaboration des demandes d'équipements par les hôpitaux un processus d'anticipation et d'apprentissage se met d'autant plus facilement en place que le Ministère peut donner des conseils aux directeurs d'hôpitaux dans le montage du dossier. Dans cette interaction offre / demande, avoir une bonne connaissance des attentes du Ministère peut être déterminant. Le fait que prés des trois quart des demandes soit d'emblée présentée par les hôpitaux sous la forme de coopération inter-établissements est sans doute lié à l'évolution technologique et économique des équipements concernés. Il est sans doute aussi directement lié à l'existence de ces apprentissages : les directeurs savent que leur demande aura d'autant plus de chances d'être acceptées qu'elle se présente sous la forme d'un accord de partenariat. D'ailleurs la coopération entre établissements peut être plus ou moins bien définie et si le Ministère prend toutes les garanties amont (dans le montage du dossier) et aval (dans le contrôle de l'effectivité du partenariat et de la co-utilisation de l'équipement) c'est précisément parce qu'il est conscient de ce risque. Dans cette itération, la notion même d'initiative s'efface au profit d'un enchevêtrement de micro-décisions elles-mêmes appuyées sur des rationalités limitées par l'information disponible.

III.5/ Conclusion , entre efficacité et équité

L'objectif de cette troisième partie était d'ordonner les discours et représentations, perçus par les acteurs eux-mêmes, comme révélateurs de stratégies contradictoires autour de la politique de restructuration. Dans le cours de cette analyse sont apparus des pratiques et des comportements conjuguant, dans l'action, des intérêts qui dans un autre contexte, demeureraient antagonistes.

D'autres sujets auraient pu entrer dans cette catégorie mais n'ont pas été traités au cours des entretiens. Il en est ainsi de la qualité et, notamment, de l'accréditation. Pourtant celle-ci fait l'objet d'un nombre imposant de commentaires, d'articles et de travaux. De plus, la manière dont aujourd'hui semble s'orienter le dispositif d'accréditation illustre la lecture “ oblique ” décrite ci-dessus. En effet, sa focalisation, d'une part sur la labelisation et, d'autre part, sur la logistique et la sécurité, pourrait être considérée comme le résultat de l'intrusion de préoccupations quantitatives au sein d'une démarche par construction qualitative. Le fait que ce thème ait été peu abordé lors des entretiens montre sans doute que l'accréditation a du mal à trouver sa place ou que son lien avec les restructurations n'est pas établi.

Un des enseignements qui peut toutefois être tiré de l'analyse est que les compromis, tels qu'ils ont été définis plus haut - c'est à dire comme des combinaisons d'éléments issus de conceptions différentes - s'élaborent à l'occasion de la mise en œuvre de changements et s'inscrivent dans une dynamique. De ce point de vue, les deux exemples développés (PMSI et planification des équipements lourds) sont significatifs. En effet, ils sont, chacun dans un registre défini, caractéristique de la nature des compromis passés : construisant et s'appuyant sur des apprentissages ou des appropriations, ils débouchent sur des produits tangibles.

Par ailleurs, ils montrent que, plus que l'affichage de finalités générales, les changements d'apparence plus modestes, favorisent les alliances. Certes, de prime abord ils semblent mettre en péril les intentions initiales des promoteurs des réformes. D'autant que, en l'occurrence, c'est par le biais de contrats explicites et formels, et non en vertu d'arrangements, que les protagonistes sont censés coordonner leur actions. Pourtant les compromis permettent de construire des relations durables entre acteurs qui jadis s'ignoraient ou s'évitaient. Ils sont donc localement efficaces et chacun peut en revendiquer les effets.

Cependant, cette capacité à construire des compromis est inégalement répartie entre les acteurs du système hospitalier ce qui, ça et là, provoquent des inégalités, notamment au détriment des acteurs ayant, moins que d'autres, accès à la bonne information et aux bonnes ressources. Si l'enjeu des restructurations est sans doute de créer les conditions de l'efficience du système hospitalier, le défi à relever est aussi celui de l'équité.

Dans cette recherche d'un " juste milieu ", les expériences étrangères, objet de la quatrième partie, amènent leur lot d'enseignements.

Quatrième Partie

Restructurations hospitalières - "Expériences" étrangères

L'exemple américain nous fournira la matière principale pour élargir la problématique des restructurations hospitalières à d'autres contextes nationaux. La revue de la littérature[39] théorique et empirique sur ce sujet nous conduit à baliser le champ des questions ouvertes par la réorganisation du système de soins aux Etats-Unis selon trois lignes directrices. *(1)* Les deux dernières décennies voient se constituer une organisation des soins de plus en plus complexe qui doit être rattachée à la pénétration de nouvelles modalités de financement des dépenses. *(2)* La diversité et l'ampleur des mouvements de restructuration hospitalière alimentent un large débat d'experts autour de la logique économique de ces mouvements et de leur régulation. *(3)* Simultanément, émergent et sont discutés les principaux enjeux d'un nouveau paradigme de la distribution des soins pour les patients et les professionnels. Dans un quatrième point *(4)*, nous mettrons au regard de l'exemple américain, deux autres "expériences" nationales de recomposition hospitalière, celle de la Grande-Bretagne et celle du Québec, non pas dans une perspective comparatiste – l'inégalité en volume et en diversité des informations collectées sur les trois contextes nationaux ne permet pas ici un tel exercice – mais simplement pour pointer convergences et spécificités dans les transformations en cours.

IV.1/ Diversité et ampleur des mouvements de restructuration du système hospitalier américain

IV.1.1 Années quatre-vingt : la poussée du "managed care"

Au début des années quatre-vingt, les républicains au pouvoir engagent une politique monétariste de lutte contre l'inflation qui se traduit par la baisse des salaires et l'augmentation du chômage. Au plan budgétaire, une limitation sévère des dépenses sociales, et notamment des dépenses fédérales de santé, qui avaient été multipliées par trois entre 1965 et 1980, est recherchée. Dans un tel contexte de récession, et dans la mesure où l'assurance maladie est obtenue principalement dans le cadre des entreprises, les employeurs mettent en œuvre

---

[39] Conduite à partir de l'interrogation de la base de données Medline, cette revue couvre donc les productions scientifiques de différents champs disciplinaires (économie, gestion, sciences politiques, sociologie) relatives au domaine de la santé.

différents moyens pour réduire les dépenses de santé [Chamorand, 1996]. Les conséquences sont multiples : désengagement des plus petites entreprises qui offrent de moins en moins d'assurance de groupe alors que les plus grandes se déchargent d'une part croissante des primes, augmentent la franchise et la quote-part des assurés.

Parallèlement, le Gouvernement et les grandes entreprises optent pour des paiements prospectifs forfaitaires (PPS/*Prospective Payment System*). En 1983, le paiement à la pathologie pour l'hospitalisation des personnes âgées relevant de Medicare se substitue au remboursement sur la base des coûts jugé plus inflationniste. Les grandes entreprises, soucieuses de réduire les coûts que représentent les l'assurance maladie, optent quant à elle pour le paiement forfaitaire à des organismes de soins intégrés, et favorisent ainsi le développement des *Health Maintenance Organizations* (HMOS). Ces organisations de soins coordonnées, nées et développées dans l'état de Californie pour les patients relevant de Medicaid, sont des entreprises de soins qui assurent la responsabilité contractuelle de fournir à leurs adhérents des prestations médicales, ambulatoires et hospitalières, en contrepartie d'une cotisation indépendante du recours effectif aux services. Assumant le risque financier, chaque HMO est ainsi incitée à contenir ses dépenses à un niveau acceptable : la sélection des médecins et des hôpitaux qui figurent dans le "*benefit package*" - ensemble des services médicaux couverts et des prestataires qui entrent dans le cadre de l'assurance - en est la conséquence directe.

Du point de vue économique, ce qu'on appelle le *Managed Care* introduit la concurrence des "deux côtés du marché"[40]. Mis en concurrence par le demandeur final, c'est-à-dire l'entreprise qui doit présenter à ses salariées plusieurs plans d'assurance, les HMOS sélectionnent et mettent en concurrence les prestataires de soins. A la fin des années 80, leur développement est très rapide : 29% des assurés sont en 1988 affiliés à une organisation de type HMO, 51 % en 1993 (73% en 1995). La concurrence jouant, la consolidation se resserre, mesurée concrètement par une réduction du nombre de HMOS : 659 en 1986, 540 en 1993. [Chamorand, 1996].

Les changements du mode de tarification et la reprise en mains par les entreprises des plans d'assurance maladie conduisent à des transformations sensibles de l'offre hospitalière de soins. Les chaînes d'hôpitaux à but lucratif (Humana, Hospital Corporation of America, American medical international et National Medical Enterprises) sont les premières à tirer bénéfice du financement à la pathologie. D'où les pratiques de tri des malades et de transfert des patients les plus graves (facteurs d'alourdissement des coûts)[41]. Parallèlement, elles augmentent leurs parts de marché et diversifient leur activité sur des segments d'activité peu réglementés mais bien remboursés.

[40] "By managed care, we mean network-based arrangements associated with health benefit products, such as health maintenance organizations (HMOs), preferred provider organizations PPOs) and point-of-service (POS) hybrid arrangements, including the provider-sponsored organizations set up to contract or compete with entities offering these products. Managed care integrates, to different degrees, the functions of health insurance and health care delivery" [Gold, 1999, p. 8]

[41] Ces comportements stratégiques sont analysés d'un point de vue théorique dans [Newhouse, 1996] et [Ellis, 1998]

Les disparités entre le secteur hospitalier public et privé s'accroissent. Il devient de plus en plus difficile pour les hôpitaux à but non lucratif de compenser le coût des soins non remboursés aux populations non solvables. Mais la pression est encore plus forte sur les hôpitaux publics : 300 d'entre eux disparaissent de 1981 à 1990 particulièrement dans les quartiers pauvres des grandes villes et dans les zones rurales. Accueillant la population qui nécessite les soins les plus coûteux et qui est la moins bien assurée, il leur est moins facile qu'aux hôpitaux privés de couvrir le coût des soins non remboursés par des recettes en provenance de patients couverts par les assurances privées.

IV.1.2 Les années quatre-vingt-dix : la “mergermania“

Au cours des années 90, le mouvement des fusions-acquisitions s'accélère. Le regroupement d'organismes de soins s'accompagne d'une nouvelle vague de fusions et d'achats dans le secteur hospitalier, la “*mergermania*“, financés, dans le secteur privé lucratif par l'émission d'actions, d'obligations, et d'emprunts bancaires, et dans le cas d'entreprises à but non lucratif par le lancement d'emprunts obligataires exonérés d'impôts, d'emprunts bancaires et de donations. L'*American Hospital Association* recense 18 fusions d'hôpitaux en 1993, 650 en 1994, 735 en 1995, 768 en 1996 et 627 en 1997.

Les tendances observées au cours des années quatre-vingt se poursuivent, se traduisant notamment par une diminution totale du nombre d'hôpitaux de court séjour et du nombre de lits d'hospitalisation, respectivement de 5 et de 17,4% entre 1990 et 1996. La tendance est particulièrement accentuée pour les hôpitaux publics fédéraux dont le nombre diminue de 15% et la capacité en lits de 28%. Un nombre important de structures à but non lucratif (fondations privées) disparaissent dans des opérations de fusion pilotées par des structures privées commerciales[42]. Ces dernières consolident leur position au sein du système d'offre: +7% de lits entre 1990 et 1996.

Tab 1. Evolution du nombre d'hôpitaux et des capacités hospitalières entre 1990 et 1996 aux USA

	Nb d'hôpitaux			Nb de lits (milliers)		
	1990	1996	%	1990	1996	%
Public						
- Federal government	323	273	*-15*	886	636	*-28*
- State and local government	1444	1330	*-8*	169	155	*-8*
Private						
- Not for profit	3191	3045	*-4.6*	657	598	*-9*
- For profit	749	759	*+1.3*	101	109	*+7.3*

Source : American Hospital Association. *Hospital Statistics. Chicago,* IL: AHA, 1998. Cité par [BAKER, 1999]

42 Le processus de conversion, c'est-à-dire de privatisation des hôpitaux, fait l'objet de débats : “Some conversions have economic advantages in consolidating excess capacity and promoting efficiency. They may also pose the risk that communities will lose valuable charitable assets or important health services“. [Claxton *et al.*, 1997, p. 25]. Voir aussi sur cet aspect des restructurations [Gray, 1997], [Butler, 1997] et [Hollis, 1997].

Au cours de l'été 1995 intervient la fusion de deux groupements d'hôpitaux : AMHS et Premier (25% des hôpitaux des USA) entraînant en cascade un mouvement du fusion généralisée dans l'ensemble de la filière santé (i.e. parmi les fournisseurs de l'hôpital). Parallèlement les chaînes d'entreprises de santé diminuent leurs coûts de fonctionnement en réduisant le personnel, en procédant à des achats groupés et en informatisant leur gestion au plan national. Des conglomérats se constituent, comme Columbia/HCA, chaîne dotée de plus de 300 hôpitaux, avec un CA de 17 milliards de $ en 1995, 170 000 salariés répartis sur 37 états. Au plan régional le mouvement de concentration est tout aussi intense, animé par les chaînes d'hôpitaux privés lucratifs.

*

*   *

En résumé, la restructuration de l'offre de soins revêt les formes diverses de la diversification conglomérale et de l'intégration. Horizontale, l'intégration des activités qui rassemble différentes organisations dont les productions sont substituables aux yeux des consommateurs, résulte le plus souvent de fusions, mais aussi d'alliances contractuelles entre hôpitaux ou entre hôpitaux et groupes de médecins. La constitution de structures intégrées verticales signifie quant à elle la mise en relation de différentes opérations complémentaires ou étapes des processus de production ou de distribution des soins ; elle passe le plus souvent par la constitution de chaînes d'hôpitaux. Les motivations économiques de ces réorganisations sont a priori différentes – recherche d'économies d'échelle par les fusions, d'économies de gamme et de coûts de transaction par la diversification des activités, d'économies de coûts de coordination par l'intégration verticale amont, d'effet de réputation par l'intégration aval [Snail et Robinson, 1998] –, mais dans tous les cas la résultante est une concentration accrue qui conduit à faire passer les producteurs de soins sous le contrôle plus ou moins puissant d'un nombre réduit de centres de décision. Ce type d'extension peut constituer une entrave à la concurrence … et en tant que tel fait l'objet d'une attention particulière de la part de la législation antitrust.

IV.2/ Appréciation théorique et régulation du processus de concentration.

IV.2.1 La légitimation de certaines pratiques restrictives de la concurrence…

Une partie importante de la littérature économique s'intéressant aux restructurations hospitalières s'attache à analyser les comportements stratégiques d'agents économiques, fondés sur la recherche de positions fortes sur les marchés. L'analyse de la concurrence oligopolistique, l'apport de la théorie des jeux dynamiques et la prise en compte des situations d'information incomplète sont bien sûr les soubassements théoriques à ces approches [Thomson, 1994; Frech et Woolley, 1990; Mobley, 1995, 1996, 1997]. Ces analyses théoriques ont été et restent confrontées aux grandes tendances de la législation antitrust et de la jurisprudence concurrentielle.

De façon générale, l'idée fondamentale qui est au principe du contrôle des concentrations est qu'il est nécessaire de prévenir le renforcement des pouvoirs de domination économique susceptibles d'affecter la structure de la concurrence sur un marché donné. Cet objectif doit cependant être balancé par les avantages que peut procurer une concentration sur le terrain de l'efficience économique. Une opération de concentration, peut conduire à des avantages de deux sortes : des économies d'échelle ou autres économies de dimension par l'amélioration de la gestion du processus de production, d'une part, une capacité d'innovation renforcée dont bénéficieront les entreprises et les consommateurs, d'autre part. L'identification de ces avantages est au cœur de l'argumentaire de l'*efficiency defense* qui peut conduire à autoriser une opération de concentration, sinon interdite au nom de la restriction de la concurrence.

Dans le domaine spécifique des marchés hospitaliers, ce principe est admis par les autorités de contrôle mais son application pratique se heurte souvent aux spécificités de la production de soins qui ne permettent pas de trancher clairement le débat entre les partisans d'un relâchement des lois antitrust et ceux qui, au nom du principe qu'il n'y a pas d'exception hospitalière, recommandent au contraire leur maintien. Les premiers partent de l'hypothèse que l'industrie hospitalière échappe au modèle basique qui fait des prix une fonction décroissante de l'intensité de la concurrence : l'argument est que la compétition mimétique, théorisée par le modèle de Lee [1971], et décrite par Luft et *al.* [1986] sous le terme de "*medical arms race*", qui caractérise cette industrie particulière est à l'origine de gaspillages et de prix élevés. Les seconds s'en tiennent à la vision classique selon laquelle l'aiguillon de la concurrence doit être protégé parce qu'il joue un rôle important de maîtrise des coûts et de sauvegarde de la qualité des prestations. C'est le point de vue défendu par Allen [1992] du *Department of Justice*, qui appuie sa défense de la législation antitrust et de la *managed competition* sur les résultats obtenus par une première vague d'études empiriques [Zwanziger et Melnick, 1988; Robinson et Luft, 1988; Staten *et al.* 1988] dont la conclusion commune *"competition controls prices and costs"* est confortée par des estimations ultérieures [Melnick *et al.*, 1992; Dranove *et al.*1992].

L'accélération du processus de concentration des années 90 et les transformations très rapides du *managed care* réactualisent avec vigueur le débat, dont une livraison récente du *Journal of Health Economics* dresse quelques nouveaux enjeux. Silvia et Leibenluft [1998] de la *Federal Trade Commission* s'interrogent sur le comportement des hôpitaux privés à but non lucratif, question non triviale dans un contexte où les transferts de propriété sont partie intégrante des transformations en cours. Le point de départ est l'invalidation par la cour de justice du refus de la FTC d'autoriser la fusion de deux grands hôpitaux privés à but non lucratif. Reprenant l'argument de la défense appuyé sur l'expertise économique de Lynk [1995*b*] qui avait démontré que l'accroissement des parts de marché détenus par les hôpitaux non lucratifs s'accompagne de prix moins élevés (contrairement à ce qui est observé pour les hôpitaux commerciaux), la Cour a considéré que la FTC n'avait pas fourni la preuve que l'accroissement des parts de marché détenues par la nouvelle entité pouvait s'exercer à l'encontre des consommateurs. Or le fait que les résultats acquis par Lynk n'ont pas été validés par d'autres études, voire semblent aujourd'hui contestés [Keeler *et al.*, 1999; Dranove et Ludwick, 1999] laisse indéterminée la réponse à la question initiale de "qui altère le plus le jeu de la concurrence?", en même temps qu'il ouvre d'autres interrogations qui renvoient à la

complexité du nouveau jeu concurrentiel. Celle-ci est par exemple pointée par Dranove *et al.* [1993, 1998]. Le fait, disent-ils que la poussée du *managed care* ait mis les acheteurs de soins, et non plus les consommateurs finaux, en situation de piloter la concurrence, n'est pas sans implications sur la définition du marché et donc, du point de vue du contrôle antitrust, sur la délimitation du *"relevant market"*. Il n'est pas exclu par exemple que les consommateurs des grandes zones métropolitaines jusqu'à présent protégés subissent les effets négatifs des stratégies de marché des hôpitaux. Dans les zones rurales, où pourtant les fusions des petits hôpitaux sont les garants de la protection de l'accessibilité aux soins des populations locales [Blackstone et Fuhr, 1998], d'autres effets anti-compétitifs sont à craindre si les hôpitaux parviennent à établir des contrats d'exclusivité avec les médecins [Frech et Danger, 1998].

IV.2.2 …. par l'obtention de gains d'efficience productive ?

Face à la présomption de comportements anti-compétitifs de la part des offreurs, et à la suspicion avec laquelle sont jugées les opérations de consolidation, que valent les arguments fondés sur les gains d'efficience productive - économies d'échelle et économies de gamme qui justifieraient quant à eux l'accroissement de taille ? Classiquement, la démonstration de l'existence d'économies de dimension repose sur l'estimation de la fonction de coût. La littérature empirique sur le sujet est abondante mais il est difficile d'en dégager des conclusions très tranchées. Deux études récentes consacrées aux HMOS concluent à l'existence d'économies d'échelle seulement dans les structures de petite taille et à l'absence d'économies de gamme [Given, 1996; Wholey *et al.* 1996]. Un résultat identique est retrouvé par Dranove [1998] qui ne trouve d'économies d'échelle que dans les services logistiques des petits hôpitaux réalisant moins de 10,000 entrées par an.

Si la recherche d'économies de production ne paraît pas un enjeu important[43] dans les opérations d'intégration horizontale[44], une autre source d'économies peut être recherchée par la grande taille qui permet de réduire l'incertitude tant sur l'environnement que sur le processus de production. Le dimensionnement de la capacité de production s'opère en fonction de la demande attendue et celle-ci est calculée de façon à intégrer des situations de pointe d'activité aléatoires. Le caractère non stockable de la production et la quasi-fixité des facteurs de production font que les lits vides ont un coût, d'où l'intérêt au plan économique d'ajuster au mieux ces réserves de capacités. Théoriquement, on démontre que la concentration, par la loi des grands nombres permet de réduire l'incertitude sur le niveau de la demande et donc de générer des économies de réserve. Ce résultat théorique est validé par Gaynor et Anderson [1995] et Lynk [1995a] dans une application à des services de chirurgie cardiaque. La cherté des lits vides est de nouveau démontrée par Carey [1998] qui estime une fonction de coût (prenant en compte l'incertitude sur le niveau de la demande) sur un échantillon de 2.568 hôpitaux. La question de la taille minimale optimale reste cependant posée.

[43] ou du moins difficile à valider empiriquement. "(…) the modest effects of mergers observed in empirical research may be a result of strategic choices among merger partners to seek efficiencies other than those resulting from economies of consolidation". [Snail et Robinson, op. cit. p. 440]. Voir aussi [Bogue, 1995] et [Connor et al. 1997]

*

*   *

Au final, on observe que la régulation du processus de concentration dans l'offre de soins témoigne d'une grande perméabilité à l'analyse économique du fonctionnement des marchés[45]. C'est à l'aune des développements les plus récents de cette dernière que la jurisprudence antitrust se construit, sans pour autant que la question initiale soit clairement résolue sous son aspect le plus général : le processus en cours de réorganisation conduit-il à accroître la performance globale du système de soins? Certes, le fait que les outils économiques traditionnels ne soient pas directement opérationnels quand ils sont appliqués au champ de la santé explique pour partie l'appréciation hésitante des conséquences des mouvements de restructuration, mais plus fondamentalement c'est la complexité des transformations en cours qui, pour certains observateurs, invite à penser en dehors des schémas convenus, d'une part, à ne pas fixer limitativement les termes et les enjeux de ce qui paraît être un nouveau paradigme de la production/distribution des soins, d'autre part.

> "Perhaps the most important them underlying […] is that new thinking is required about the economics of health care markets. The restructuring we are witnessing represents not merely the same old game with a reorganized group of players, but a new game(s), the rules of which we (and most likely the players themselves) do not yet understand" [Hass-Wilson et Gaynor, 1998, p. 161].

IV.3/ Un nouveau paradigme de la production/distribution des soins ?

Dans un éditorial du *New England Journal of Medicine,* Kassirer [1996] s'interrogeait sur les perdants et les gagnants des processus de fusions. Les opérateurs des chaînes hospitalières privées lucratives et tous ceux pouvant tirer un bénéfice purement financier de ce jeu de marché devenu très intense étaient, avec les consultants (sic), manifestement les seuls gagnants. Parmi les perdants figuraient les médecins et les professions soignantes dont les conditions structurelles de l'activité et plus globalement l'ensemble de la pratique clinique paraissaient confrontées à des transformations importantes.

IV.3.1 Changements structurels et changements dans la pratique clinique : nouvelles formes de professionnalité ?

[45] Cette tendance n'est pas spécifique aux Etats-Unis [Cf. Glais, 1990] mais elle s'y est affirmée plus précocement et beaucoup plus nettement : "(…) de gros progrès ont été faits en économie quant à la compréhension du fonctionnement des marchés ; comme le passage du monde universitaire au monde administratif est chose aisé aux USA les économistes ont colonisé les agences gouvernementales [de contrôle des concentrations]; ils ont appliqué leurs raisonnements dans les affaires antitrust. En face les cabinets d'avocats ont dû faire appel eux aussi des économistes comme consultants ; peu à peu, [l'analyse économique] a marqué la nature de la politique de la concurrence (…). Les dispositifs européens de la régulation de la concurrence (…) sont beaucoup moins perméables aux nouvelles conceptions économiques que les agences américaines. Le poids relatif de la dimension juridique par rapport à l'économie y est plus élevé" [Dumez, 1990]

Les impacts des restructurations en cours sont d'autant plus sensibles pour les professions médicales soignantes que les hôpitaux auxquels elles sont liées sont impliqués dans des *Health Plans*. Morrissey et al. [1996] estiment qu'au-delà de 15%, la part des ressources tirées d'un contrat type HMO dans le total des ressources de l'hôpital est un bon prédicteur de la pression à l'intégration des activités et au contrôle des coûts. Or, jusqu'au milieu des années 90, ce que les statistiques montrent c'est, certes un pourcentage croissant d'hôpitaux ayant un ou plusieurs contrats avec une HMO, mais un poids encore relativement modeste des revenus du *Managed Care* dans leur budget total [46]. Les menaces sur le corps médical hospitalier qui, dans un premier temps, se sont traduites par des pertes de revenus, voire des pertes d'emploi (du moins pour certaines spécialités), ne peuvent que devenir plus sérieuses au fur et à mesure que la pression sur les coûts liée à la pénétration du *Managed Care* dans les hôpitaux se fait plus sévère. Pour l'heure, ce qui est pointé est la perte d'autonomie professionnelle potentiellement induite par le renforcement de la logique économique du contrôle des coûts, type *profiling* ou *utilization review* [Fuchs, 1998] et in fine la "marchandisation de la médecine" :

> "Society is telling physicians in multiple ways (…) that they should regard health care as a commodity much like many others that are exchanged in the marketplace. The implication is that the practice of medicine is an economic transaction ; not a professional calling. This raises the question of whether medicine is in the process of deprofessionalization" [Blumenthal, 1996, p.172].

Les changements des pratiques cliniques ne trouvent pas leur source uniquement dans le managed care. De manière générale, les restructurations hospitalières ne font qu'exacerber les effets de l'évolution propre des technologies et logistiques bio-médicales qui conduisent à un net mouvement de reflux de l'hospitalisation classique : alors que les lits diminuent de 19,3% entre 1984 et 1994, les consultations externes ont augmenté de 81%, la chirurgie ambulatoire de 168% [Gold, 1999]. L'impact cumulé de ces diverses évolutions sur la profession infirmière renverse de manière sensible la tendance de longue période. Dans le passé, les hôpitaux américains ont été confrontés peut-être plus que dans d'autres pays, à la pénurie infirmière. Au cours des années 60 et 70, des solutions ont été recherchées afin d'augmenter l'offre de personnels qualifiés et faire face à une demande de soins hospitaliers croissante. Cette priorité n'est plus à l'ordre du jour dès lors qu'il s'agit de redéfinir la place de l'hôpital dans une offre de soins assez profondément restructurée.

Quelles sont les grandes tendances de l'emploi infirmier ? De 1950 à 1975 l'évolution de l'emploi et l'évolution des capacités en lits des hôpitaux communautaires ont été rigoureusement parallèles. Au début des années 80, la croissance du nombre de lits est arrêtée, les taux d'occupation fléchissent mais la demande d'infirmières continue de croître, de même que la qualification globale de l'équipe soignante, encourageant l'offre de formation [Sochalski *et al.*, 1996]. Ce mouvement se poursuit sur la période 1990-94, de sorte que le taux d'infirmières par patient augmente constamment : entre 1984 et 1994, le nombre d'infirmières diplômées augmente de 28% et le ratio infirmière/ patient de 29%. Mais une fois ajusté sur l'indice de gravité des patients traités à l'hôpital, ce ratio apparaît stable. En 1994, les hôpitaux américains employaient 5 millions de personnes, soit environ 47% de l'emploi sanitaire total, l'hôpital étant le principal employeur des infirmièr(e)s diplômé(e)s *(Registered*

[46] En 1993, 84% des hôpitaux communautaires avaient au moins un contrat ; 32 % 10 ou plus. Entre 1990 et 1995, le pourcentage d'hôpitaux communautaires ayant contracté : avec une HMO a augmenté de 47 à 70%, avec une PPO de 52 à 80%. Le pourcentage d'hôpitaux ruraux contractants est, quant à lui, passé sur la même période de 62 à 87%. Cependant en moyenne, en 1993 les hôpitaux communautaires ne tirent que 11% de leurs ressources du Managed Care. Ces données sont tirées de Gold [1999].

Nurses). Il semblerait que les hôpitaux aient réagi à l'introduction du financement prospectif en privilégiant le renforcement de la qualification moyenne de l'équipe soignante, par la substitution d'infirmières diplômées aux infirmières moins qualifiées[47] mais en ajustant à la baisse l'effectif global des services de soins : on estime à -7,3% la baisse de l'effectif des services de soins (corrigé des ajustements structurels de l'activité et des changements dans les case-mix de la clientèle). Parallèlement les salaires infirmiers sont maintenus à un niveau relativement bas.

Depuis 1994 toutefois, la tendance semble s'inverser. La réduction drastique du nombre de lits et le recul de l'hospitalisation classique entraînent un ajustement à la baisse de la taille des équipes soignantes. Simultanément, à la faveur des restructurations, le *reengineering* conduit au remplacement des infirmières par du personnel non qualifié. Cette tendance nourrit les inquiétudes des professionnelles[48] en même temps qu'elle les implique dans un rôle d'acteur incontournable lors des processus de fusion et dans les reconfigurations organisationnelles consécutives [Hawkins, 1998 ; Chang, 1999 ; Baker *et al.* 1999].

> "The corporate transformation of the hospital industry has created new opportunities for nurse executives to articulate a vision of patient-centered care, demonstrate the costs and benefits of creative nursing innovations, and reshape the organizational culture to support interdisciplinary collaboration and new organizational identities" [Baker, op.cit. p. 14].

IV.3.2 Des patients - consommateurs méfiants

L'ensemble des observateurs s'accordent pour reconnaître que le milieu des années 90 constitue un tournant dans la perception par le public du Managed Care. Tout d'abord sa capacité à infléchir significativement les coûts de santé n'est pas clairement démontrée. La croissance des coûts, bien qu'en recul par rapport aux tendances antérieures (2% en 1996 contre 8% en début de décennie) est supérieure à l'augmentation des primes. En conséquence les marges des HMOS se réduisent et si 90% d'entre elles dégageaient des marges trois ans plus tard, elles ne sont plus que 49% en 1998 [Ginsburg et Gabel, 1998]. L'ajustement ne peut alors se faire que par un renforcement très net de la pression sur les coûts ou par une accentuation de la participation financière des salariés[49]. Ensuite et cette interrogation est liée en partie au constat précédent, la question de la capacité du Managed Care à offrir des soins de qualité est devenu le point de focalisation du débat public. L'année 1998 notamment fut l'année où l'opinion publique a exprimé son inquiétude devant certaines des pratiques répréhensibles, mouvement de doute et de contestation ("*Managed care backlash*") d'ailleurs fortement médiatisé[50]. De façon plus explicite, la fragilité croissante de l'hôpital communautaire, les transferts de propriété

[47] "Apparently, hospitals deemed RNs to be more efficient caregivers than less skilled workers, as they replaced LPNs with RNs leading to a richer nursing skill mix" [Sochalski, *op. cit.* p. OS20]

[48] " Surveys of hospitals'nurses attitudes confirm their widespread dissatisfaction and concern, about quality of care. Furthermore, no objective data exist on the success of patient care redesign schemes in reducing costs or improving patients'satisfaction with hospital care " [Aiken et Fagin, 1997, p. OS2].

[49] "Because purchasers appear committed to restraining the rise in premiums, they will undoubtedly continue to apply pressure on health plans to become more cost efficient, but if the plans fail to respond, purchasers may perceive their only alternatives to be increasing cost sharing or dropping coverage" [Gold, 1999, p. 7]

[50] Si médiatisé que les medias furent accusées par les promoteurs du Managed Care de "mettre de l'huile sur le feu" en se faisant les rapporteurs complaisants de pratiques répréhensibles … ce que ne valide pas une étude

et l'économie de moyens imposés aux médecins hospitaliers sont vus comme des menaces particulièrement inquiétantes pour les populations les plus vulnérables [Kassirer, 1996], favorables à l'émergence d'une perte de confiance dans l'hôpital [Mechanic, 1996].

IV.3.3 Disparition de l'hôpital ou système en transition ?

Le devenir de l'hôpital fait l'objet d'interrogations diverses, mais aucun observateur ne s'aventurerait à fixer de façon limitative les termes et les enjeux des transformations en cours dont le caractère multiforme et "volatile" est patent. Quelques remarques conclusives peuvent toutefois permettre de repérer les réflexions qui reviennent le plus fréquemment dans les débats actuels.

Le caractère relativement incertain des prédictions tient tout d'abord au rôle propre de la technologie médicale et hospitalière qui peut accélérer et modeler certains des changements structurels et dont l'analyse est à faire [Dewar, 1997]. Les changements substantiels restent cependant et de toute évidence impulsés par l'impératif de maîtrise des coûts, dans un cadre général qui jusqu'à présent a défendu le pluralisme :

> "the health care system of the United States has been, and continues to be, built on the principle of pluralism (…), a substantial private sector role, and the continued presence of a large insured population, all of which influence the public debate and shape feasible policy alternatives" [Gold, 1999].

D'une certaine façon, les changements se font à "l'aveugle". Les incertitudes quant au bien-fondé et aux retombées économiques du processus de fusion sont à cet égard assez révélatrices :

> "(…) I believe that many of these mergers will be found not to have a solid economic efficiency base. They may become undone, and we will see spinoffs, breakups, and contracting out. That's been the experience in the other industries that go through these mergers waves. We're in the midst of a huge merger and acquisition boom, which is not by any means limited to health care. We see it throughout the economy. and the experience of previous merger booms is that, subsequently, many of them turn out be economic mistakes" [Fuchs, 1998]

Ils se déroulent également de façon imprévisible comme le démontre le développement des réseaux de médecins. Dans ce modèle qui naît en Californie au début des années 90 et qui semble se diffuser assez largement, chaque réseau de soins (groupe de médecins) est vendu par plusieurs *health plans*, qui vendent aussi d'autres groupes de médecins. Cet élargissement des réseaux de médecins qui accompagne, sinon l'échec, du moins le reflux des HMOS intégrées exclusives les unes des autres, est assez paradoxale au regard des prédictions de Enthoven [1988]. Sur ce point l'analyse du Credes est éclairante :

> " (…) ce système de contractualisation croisée rétablit une forte liberté de choix des consommateurs. Il assure une position plutôt dominante des médecins, qui participent à la fois au système de l'assurance traditionnelle avec paiement à l'acte et de manière non exclusive à

---

statistique de la couverture de l'impact du Managed care par la presse écrite ou audiovisuelle [Brodie et al., 1998]

> tous les plans en concurrence. Dans ces conditions les prémisses qui fondent le succès de la concurrence sont largement mis en question : si les plans, pour répondre à la demande, sont obligés d'élargir les réseaux de producteurs qu'ils proposent, que devient le levier de la contractualisation sélective avec les médecins ? " [Bocognano et al. 1998, p. 71]

Paradoxale, cette tendance ne fait que renforcer la complexité et l'instabilité des transformations en cours. Elle signifie toutefois pour l'hôpital le renforcement des contraintes qui s'imposent à lui et corollairement le rétrécissement de ses marges de manoeuvre. De fait, la place centrale traditionnellement tenue par ce dernier dans l'architecture générale de l'offre de soins semble irréversiblement mise à mal, ainsi qu'en témoignent les titres de certains éditoriaux ou articles : "*Hospitals : from center to periphery*" [Ginzberg, 1995], "*Reinventing American Hospital*" [Mechanic, 1995], "*What role for hospitals in the health care endgame*" [Brennan, 1996]. Cette contestation est la résultante directe du haut degré de compétition entre offreurs hospitaliers maintenu non seulement par les Health Plans du Managed Care, mais aussi par les réseaux de médecins devenus acheteurs "vigilants" de soins hospitaliers.

> "On the one hand, the action is with the insurers/managed care organizations as they metamorphosize into for-profits and organize health partners. on the other hand, there is the physician-dominated network, the paradigm preached by a host of consultants now issuing forth from California." [Brennan, 1995]

> "Perhaps the most formidable competition comes from the nimble virtually integrated organization dominated by predatory primary care practices that can purchase hospital and speciality care on the spot markets" [Robinson et Casalino, 1996].

Pour certains observateurs, cette vision d'un hôpital "pris en tenaille" ne donne aucune chance de survie à l'organisation citadelle ou stationnaire qu'il fut ou est encore. Ce qui est en jeu, c'est l'émergence d'un nouveau mode de production de soins où les hôpitaux indépendants "disparaissent" dans des réseaux de soins intégrés dont la finalité première est de répondre aux besoins de santé des populations, qui ne sont pas nécessairement des besoins de soins dans des phases aiguës de maladie mais des besoins de prévention, de promotion de la santé et de soins primaires. Faire émerger et vivre un tel système suppose bien sûr que soient mises en place des formes nouvelles de management et de nouvelles structures de "gouvernance" ; la mise à plat des procédures cliniques, l'évaluation de la qualité et le renforcement des systèmes d'information appropriés sont aussi des conditions de cette évolution [Shortell *et al.*, 1995]. Toute la difficulté, qui se pose au niveau le plus général de la société, et dans un contexte caractérisé par de nombreuses concessions au libéralisme ainsi qu'en témoignent les processus de restructurations, est donc de "produire" les acteurs et les représentations cohérents avec ces nouveaux enjeux.

> " The extent to which hospital can reinvent themselves may be the most critical implementation factor in the evolving journey of reforming America's health care system " [Shortell et al., 1995, p. 154].

IV.4/ Restructurations hospitalières: convergence et/ou spécificité des itinéraires nationaux?

Comme nous l'avons vu, la réorganisation structurelle du système de soins aux Etats-Unis date du début des années quatre-vingt. Elle peut être analysée comme étant l'une des conséquences de la réaction des entreprises privées et des pouvoirs fédéraux à la contrainte aiguë que représente l'approfondissement de la crise du régime de croissance – concurrence accrue, baisse de rentabilité, alourdissement des dettes – et aux transformations produites par les formes de sa régulation – globalisation des marchés et libéralisation financière. Dans ce contexte, le contrôle grandissant des dépenses de santé est la résultante directe d'une gestion resserrée des coûts salariaux. La forme prise par ce contrôle témoigne d'une confiance maintenue dans les mécanismes de coordination du marché. La mise en concurrence, qui est vue comme étant le garant privilégié de l'efficience économique, est recherchée que ce soit sur le marché de l'assurance maladie ou sur le marché des producteurs de soins ambulatoires et hospitaliers. Le poids important de la logique privée fait que dans une large mesure, les transformations de l'offre de soins réfléchissent les transformations observées dans les secteurs productifs, industriels ou tertiaires, traditionnellement exposés. Changement des formes de propriété sous l'impulsion d'investisseurs et restructuration globale conduisent à un mouvement massif de fusions d'hôpitaux, d'intégration verticale dans le cadre de chaînes, de mise en réseaux, ... entraînant nombre de fermetures, une réduction sensible des capacités en lits ainsi que des transformations profondes sur les conditions d'emploi et de travail des soignants. Beaucoup de ces transformations apparaissent très "réactives", impulsées et soutenues par des processus d'imitation, le rôle des médias, l'influence des sociétés de conseil ; elles interfèrent étroitement avec la diffusion rapide des technologies de l'information et du progrès des sciences et des techniques médicales ; enfin elles semblent se dérober face à la définition par les instances régulatrices de nouvelles règles de jeu. Pour ces trois raisons, leur analyse ne peut que constater la variété, la complexité, voire la versatilité des changements en cours, qui sont ceux d'un système en transition.

En contrepoint, le National Health System anglais constitue un exemple où la réduction capacitaire se gère dans un contexte, non plus de fortes densités comme aux USA, mais traditionnellement plus " rationné ". Comme les Etats-Unis, toutefois, le Royaume-Uni capte très rapidement les tensions qui accompagnent la récession du début de décennie 80. Les réponses apportées par les gouvernement conservateur remettent en question des pans entiers de la protection sociale acquise dans le cadre de l'Etat-Providence. En matière de santé, le rationnement des dépenses se traduit par exemple en 1985 par la limitation des dépenses de médicaments pris en charge. Mais la caractéristique de la "dérégulation thatchérienne" est aussi d'avoir introduit dans la gestion des services publics des instruments nouveaux afin, en jouant notamment sur le statut des opérateurs et l'introduction de la concurrence, de conférer aux services publics les normes d'efficacité de l'entreprise concurrentielle. En 1989, le Livre Blanc "Working for patients" qui cadre les réformes du NHS témoigne de l'introduction de cette logique libérale dans l'organisation et la distribution des soins, qui puise moins à l'objectif de maîtriser les dépenses – sur ce point le NHS s'est révélé plus performant que la plupart des autres systèmes nationaux – qu'à celui d'alléger la tutelle administrative et d'améliorer le rapport qualité/coût ("First is the desire to achieve better 'value for money' "[Allen, 1995]) et notamment régler un certain nombre de problèmes au premier rang desquels figure le rationnement par les files d'attente. Sans remettre en cause un financement assuré quasi-exclusivement par l'impôt, la confiance est ici donnée à la concurrence "organisée" dans le cadre des quasi-marchés, impliquant une séparation stricte entre acheteurs et offreurs, les premiers constitués par les administrations sanitaires de district et les généralistes gestionnaires de budgets (General Practitioner Fundsholders), les seconds par les hôpitaux et les services communautaires. Désormais, les hôpitaux peuvent être mis en concurrence par les acheteurs. Simultanément, leur statut est modifié : ils se voient reconnaître l'autonomie de gestion et par vagues successives deviennent des "fondations autonomes" (Trust). Ils sont alors propriétaires des actifs nécessaires pour assurer la fourniture des services et emploient leur propre personnel. Ils

se font concurrence avec des libertés accrues telles que celle de pouvoir fixer librement rémunérations et conditions de travail, d'accumuler des excédents, d'emprunter pour acheter des équipements lourds et de disposer de leurs actifs. Ils sont financés par des contrats, portant sur des paquets de services et de prix, avec les administrations de santé, avec les cabinets de groupe gestionnaires de fonds et les services du secteur privé. Leur responsabilité statutaire auprès du ministère est d'ordre financière : leur rentabilité doit atteindre 6% de la valeur des actifs.[51]

Un rapide bilan quantitatif de ces changements dans les structures organisationnelles des hôpitaux et de leur place dans la délivrance des soins fait apparaître quelques tendances principales :

– une diminution importante du nombre de lits : de 1985 à 1994, 118.000 lits ont été fermés et la capacité hospitalière totale est en 1994 de 230.000 lits ; 245 établissements hospitaliers auraient fermé depuis 1990 [Lequet et Volovitch, 1995].
– simultanément les admissions ont augmenté environ d'un tiers entre 1984 et 1994, passant de 1.336 à 1,767 pour 10.000 habitants. Le corollaire est une diminution de la durée moyenne de séjour dans les services de soins aigus qui passe de 6,6 à 5,4, toutes classes d'âge confondues, diminution particulièrement accentuée pour les patients âgés de plus de 75 ans [Harrison, 1997]. La diminution drastique des réserves de capacité se traduit par un taux d'occupation particulièrement élevé (>90%).
– le recentrage de l'activité de l'hôpital sur des soins spécialisés se traduit par une déformation de la structure d'emploi : les effectifs médicaux et médico-techniques s'accroissent respectivement de 26 et 51% entre 1985 et 1994 au détriment du personnel infirmier (-14%) et du personnel auxiliaire des services de soins. [Harrison, 1997]. Le renforcement du personnel administratif et de gestion est sensible (un emploi sur 10 en 1990, un emploi sur cinq en 1995 [Lequet et Volovitch, 1995].

Le bilan de ces restructurations au regard de l'objectif qu'elles étaient censées servir est toutefois plutôt nuancé. Les acheteurs de soins semblent avoir eu beaucoup de difficultés à extraire des ressources du court séjour et de facto la part des dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé ne s'est pas infléchie significativement. En conséquence les redéploiements des ressources hospitalières voulus par les autorités sanitaires en direction des soins primaires n'ont pas eu l'ampleur attendue [Ferguson et Baker, 1998]. Bien que le recul limité rende l'exercice malaisé, les premières estimations statistiques ne permettent pas par ailleurs de conclure à l'obtention de gains d'efficience très probants consécutivement au changement de statut des hôpitaux et à leur mise en concurrence [Söderlund et al., 1997; Propper et Söderlund, 1998]. Par ailleurs, le problème des files d'attente n'est pas réglé et beaucoup de questions émergent quant à la qualité des soins, bien qu'aucun système d'évaluation n'étaye aujourd'hui cette perception.

Le gouvernement travailliste a affiché en 1996 le désir de corriger les défauts du système. La philosophie d'ensemble ne paraît pas altérée, il s'agit toujours de trouver les incitations adéquates pour amener les réorganisations et les changements de pratique souhaités, mais l'objectif affiché est de réintroduire plus de coopération. Dans le secteur ambulatoire, cet appel à plus de "coopération" se décline selon un modèle qui rappelle l'évolution des PPO's américains (constitution de réseaux de médecins assumant à la fois la gestion du risque et le rôle d'acheteurs de soins pour le compte de leurs patients) [Bocognano, *op. cit.* p. 74]. Dans le secteur hospitalier, le modèle coopératif ("*a middle path for health*

---

[51] Pour une présentation des réformes britanniques du système de soins, on se reportera à [Glennerster et Le Grand, 1995], [Chaperon et Rochaix, 1996], [Bureau et Esposito, 1997], [Bocognano et al. 1998]

care“ [Ham, 1996]) est cohérent avec les analyses selon lesquelles producteurs et acheteurs ont besoin d’une confiance réciproque et de partager l’information - ce qui concrètement doit amener, lors des négociation paniers de services/prix entre acheteurs la substitution des contrats de long terme aux contrats de court terme [Ferguson et Baker, *op. cit*]. De nouveau, on notera que comme aux Etats-Unis, mais dans un cadre qui fait plus appel aux développements néo-institutionnalistes contemporains (théorie de l'agence, théorie transactionnelle[52]), la recherche d'un mode de régulation optimal laisse une place importante à la réflexion économique théorique :

> “Perhaps the 'third way' of organising the health service put forward in the White Paper in an attempt to tread the line between competition and co-operation in an effort to squeeze benefits from each-indeed, the notion of 'co-opetition', based on game theory, has been widely advanced as the new business strategy which goes beyond the rules of competition and co-operation to combine the two“ [Goddard et Mannion, 1998]

Une troisième version de la restructuration hospitalière est donnée par le Québec : là c’est un modèle fort de volontarisme politique qui a été préconisé au travers du mot d’ordre de “virage ambulatoire“ régulé à un échelon décentralisé, par les Régies Régionales. Compte tenu du poids de la dette extérieure, qui ne permet plus de faire face aux contraintes de la mondialisation, l'objectif macro-économique est de réduire les dépenses publiques à court et moyen terme. Le redéploiement des ressources hospitalières vers les soins de première ligne et la diminution importante des capacités en lits constituent les points d'application de cette politique de diminution du déficit budgétaire. De 23,474 en 1991, le nombre de lits dressés pour les soins généraux et spécialisés dans le réseau hospitalier du Québec tombe à 17,113 en 1998, avec une accélération de la tendance entre 1995 et 1997, respectivement -4%, -8% et -15%. Cette chute brutale est aussi le choix d'une mise en œuvre rapide de la politique de compression des budgets hospitaliers.

Ce mouvement général passe par certaines opérations de restructuration assez spectaculaires comme celles impulsées par la Régie Régionale de Montréal et qui ont conduit, dans le secteur francophone, au regroupement sous une administration unique de trois hôpitaux universitaires et, dans le secteur anglophone, à la fusion des cinq hôpitaux affiliés à l’Université McGill. Dans le premier cas, l’opération passe par un important transfert d’activités et la reconversion de l’un des sites hospitaliers en un centre ambulatoire universitaire intégrant enseignement et recherche. Dans le second cas, le projet débouche sur la construction d’un l’hôpital neuf dimensionné à partir de prévisions diminuant, sur la période 1995-2004, de 30% le nombre de lits, de 40% le nombre de journées d’hospitalisation mais augmentant respectivement de 30 et 40% les consultations externes et les chirurgiens d’un jour.[53]

---

[52] On trouvera dans la liste bibliographique relative à la réforme du NHS, quelques références représentatives de ces courants théoriques.

[53] Ces deux opérations ont été présentées lors d’un séminaire organisé par l’Agence Régionale de l’Hospitalisation de l’Ile-de-France (novembre 1998), la construction du projet “ Centre Universitaire de Santé McGIll – CUSM ” par F. Steinmetz, celle de “ Centre Hospitalier de l’Université de Montréal – CHUM ” par C. Cléroux. En première analyse, ce mode de réorganisation de la production/distribution des soins à l’intérieur d’une grande métropole (où coexistent des capacités hospitalières pléthoriques et

Ces différentes opérations peuvent être analysées comme deux déclinaisons possibles d'un Réseau Universitaire Régional de Santé, qui à bien des égards apparaît être un modèle-cible. Ce modèle-cible fait l'objet de théorisations sur fond d'une réflexion critique de la représentation traditionnelle qui établit une relation linéaire et positive entre "soins curatifs-santé-bien-être", d'une part [Lewis 1997; Evans *et al.* 1996], et "d'une habitude de la régulation communautaire (c'est-à-dire localement intégrée)", d'autre part [Mossé, 1996]. L'idée première est de faire passer l'hôpital d'un statut d'établissement autonome à celui de composante élémentaire d'un réseau de santé ; elle est donc portée par un changement de perspective important : le recentrage du système en fonction des populations plutôt qu'en regard du patient individuel. Ce faisant rendre opérationnel un tel modèle – dont se rapproche la version américaine proposée par Shortell (*Cf. supra*) – et atteindre le niveau d'efficacité et d'efficience requis suppose qu'il permette de lever quelques "défis de taille : identification des fils conducteurs permettant de résoudre un certain nombre de problèmes éthiques, virage des soins spécialisés vers les soins généraux, passage d'une pratique individuelle à une pratique d'équipe ; maintien de la recherche biomédicale et développement simultané de la recherche sur les services de santé" [Sinclair, 1998]. Et ce d'autant que ce changement qui tend à la constitution de centres universitaires de santé est complètement associé à la tendance de fond qui concourt à l'organisation, là aussi sur une base régionale et au sein de systèmes intégrés, les soins de première ligne, en lien avec les hôpitaux généraux, les unités de santé et les unités de soins à domicile … donc à un maillage d'organisations extrêmement complexe.

Emergent donc de cette approche, rapide, de la question de la restructuration hospitalière au Québec, d'une part l'idée que les déterminants du changement ne relèvent pas que d'un ordre strictement économique et, d'autre part, l'image d'un processus de transformation orienté par la recherche de la déclinaison satisfaisante d'un modèle plus politique mettant en avant et pondérant fortement des "valeurs de santé publique". Les conditions sont-elles pour autant réunies pour que ce changement de trajectoire se fasse sans frottement ? pour que l'effacement des frontières et cloisonnements se fassent dans le sens souhaité ? La réponse n'est sans doute pas positive. Même si le Canada peut être vu comme un "exemple" de délibération démocratique, même si la préservation des droits sociaux y est plus prégnante qu'aux USA et en GB, ce qui constitue des éléments facilitateurs de l'implémentation de réformes structurelles et, plus concrètement, de la gestion sociale des restructurations hospitalières, les jeux propres des acteurs ou les phénomènes d'immunité organisationnelle leur confèrent un caractère conflictuel [Denis, 1998] et très ouvert [Lamothe, 1996; Denis, 1998, 1999].

> "(…) the power structure that could be questioned by moves towards a population-driven system is intimately implicated in the decisions that will lead to its reform: change is partly endogenously generated. (…) this endogenous process of system evolution tends to generate

---

des besoins de soins non ou mal couverts pour de larges fractions de la population) est proche de celui entrepris à New York où les hôpitaux publics et les grand hôpitaux privés à but non lucratif se sont regroupés autour des sites les plus prestigieux au sein de systèmes comprenant des centres de santé, des foyers de retraite médicalisés et fonctionnant en réseau avec les médecins. Voir sur ce point l'exposé de V. Rodwin dans Décision Santé, n°140, février 1999.

compromise solutions that overlay elements of a new archetype onto structures of the old" [Denis, 1999, p. 7]

*
*   *

Dans les trois contextes mis en perspective, la restructuration hospitalière recouvre un double processus : de réduction des capacités en lits d'hospitalisation, d'une part, de recomposition globale de l'offre de soins, d'autre part. La résultante de ces évolutions est une modification du système de positions qui prévalait dans des systèmes très typés, mais assez polarisés autour de l'hôpital. A chaque fois – avec des spécificités qui tiennent aux caractéristiques de l'insertion des différents pays dans le jeu des échanges mondiaux – les transformations des systèmes de soins expriment, via les contraintes que la globalisation fait peser sur les dépenses publiques et/ou sur la rentabilité du secteur privé, la crise des régimes de croissance. Communément partagé également est le changement de paradigme de la technologie médicale qui tout à la fois permet et participe de ces transformations structurelles.

Les modes de régulation dominants dans chacun de ces pays impriment toutefois leur marque aux trajectoires suivies par les restructurations. On doit ainsi contraster la version québécoise – où l'impulsion publique (*cf.* l'imposition publique du virage ambulatoire) apparaît déterminante, mais dans un cadre qui permet une large délégation du pouvoir de régulation sectoriel à des autorités indépendantes, ainsi que l'association des citoyens ou de porte-parole représentatifs de groupes sociaux à la prise de décision – et les versions nord-américaine et anglaise, plus confiantes dans les mécanismes de coordination par le marché. Mais là aussi les différences sont notables, puisque si la première laisse (quasi)libre jeu aux décisions décentralisées et réactives, la seconde procède plus d'une démarche méthodique promue par le niveau central et fondée sur l'exploitation d'outils de régulation nouveaux (comme le contrat notamment).

On peut enfin noter que cette diversité se prolonge dans la manière dont "l'expertise" économique est mobilisée sur le terrain de l'analyse des transformations en cours : accent mis plutôt sur les mécanismes d'apprentissage collectifs et de transferts de savoir/pouvoir dans la littérature canadienne, intérêt porté plutôt aux conditions institutionnelles du changement en Grande-Bretagne, suprématie des analyses des mécanismes d'incitation des agents aux Etats-Unis.

Ces "focalisations" sont d'une certaine façon des indicateurs de la nature des trajectoires nationales.

En France, les restructurations hospitalières ont connu trois phases.

Une première phase que l'on pourrait qualifier de restructuration naturelle a été menée essentiellement pour des raisons endogènes et professionnelles ; elle se caractérise par la recherche de partenariat et l'ouverture de l'hôpital. Elle a vu le développement des alternatives à l'hospitalisation, le mouvement de concentration dans le secteur privé, la réduction des durées moyennes de séjour, la déformation de la structure des établissements (taille et fonctions).

La deuxième phase, qui a débuté avant que la première ne soit achevée, a organisé l'externalisation de fonctions logistiques, le recours à la sous-traitance et le recentrage sur les soins spécialisés.

La troisième phase, qui s'est ouverte avec les ordonnances de 1996, se surajoute aux deux précédentes. Elle organise la rationalisation sur la base de la réduction négociée des capacités et la stagnation, bientôt le recul de l'emploi. Pour certains observateurs ou protagonistes, ce mouvement s'inscrit dans la logique de la reprise en main par l'Etat de la politique de rationalisation que les acteurs de terrain n'ont pas su mettre en place eux-mêmes. Pour d'autres, la phase qui s'ouvre est celle de l'inclusion progressive de la politique hospitalière dans un ensemble plus vaste : politique de santé, d'abord, d'aménagement du territoire ensuite, sociale et économique enfin ; dans cette inclusion progressive, l'hôpital privé et public aurait tout à gagner, notamment en terme de visibilité et de légitimité.

La difficulté de la mise en œuvre d'une telle intention a été synthétisée par l'équipe de l'Université de Montréal s'intéressant à la manière dont a été conduite, au Québec, la restructuration hospitalière : "la nécessité de mobiliser continuellement les intérêts structurés par les anciens archétypes pour promouvoir les valeurs nouvelles, est inhérente à la nature lente du changement " [54].

Dans les stratégies affichées et mise en œuvre par les acteurs locaux, la maîtrise du rapport à la concurrence apparaît comme un élément central dans l'élaboration des projets de partenariat, d'équipement et de restructuration. Plus largement, il s'agit d'adosser les actions et leurs justifications à un ensemble de valeurs conciliant des objectifs " civiques " (efficience, qualité, santé publique, etc.) et " marchands " (part de marché, captation de clientèles, etc.). De ce point de vue les décisions qui conduisent à rendre effectifs tels types de restructurations plutôt que tels autres sont d'abord le résultat de processus d'apprentissages largement évoqués tout au long du rapport. Elles sont aussi le fruit de calculs que l'on s'attendrait à trouver exclusivement dans des contextes délibérément concurrentiels. Dés lors, qui pourrait s'étonner que la conclusion, en forme de recommandation et que M. Gayor et Haas-Wilson tirent de leur analyse de la situation américaine s'applique si bien au cas français : " No one knows what health care markets will look like when the dust settles. Research can help public policy to encourage those organization structures and markets

[54] In Denis J-L, Langley A., Contandriopoulos A-P "From institutional discourse to organizational decision: the dynamics of legitimation", Université de Montréal, July 1998, 44 p.

practices that enhance efficiency and quality, rather than the ones that only serve to increase provider's market power " [55] ?.

[55] M. Gaynor et D. Haas-Wilson " Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets ", Journal of Economic perspective, V. 13, N°1, Hiver 1999, pp.141 – 164.

Annexe 1

Exemple de lettre de présentation préalable aux entretiens

Aix en Provence, le 6 mai 1999

Monsieur le Directeur
…………….

Monsieur le Directeur,

Les hôpitaux français sont l'objet, et les acteurs, de mutations profondes dont les attendus économiques, de santé publique ou sociaux sont au centre de débats contradictoires associant des acteurs de différents niveaux.

Afin de tenter de voir plus clair dans ces évolutions, La MIRE (DREES) [56] nous a chargé d'une mission consistant à faire le point sur l'état des opinions et des actions en matière de recompositions du tissu hospitalier français. A cette fin, nous réalisons des entretiens auprès de différents acteurs impliqués dans le fonctionnement du système de santé.

Dans cette perspective, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir nous faire connaître vos disponibilités pour un rendez-vous ...

Dans l'attente de votre réponse, et me tenant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations les meilleures.

[56] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la solidarité).

Annexe 2

Schéma, simplifié, de la régulation du système hospitalier français

Gouvernement/ Parlement
Enveloppe financières

IGAS

Contrôle

CROSS <==> SROSS
actualisation

ARH

Contrats pluriannuels (restructur.)

Budgets (ISA)

CONF. DE SANTE
(Experts)

HOPITAL
(Institutions internes,
Coop. externes)

Priorités Santé Publique

DRASS
URCAM

Accréditation

A N A E S
(Experts)

: Informations et participations croisées
: Flux financiers

- **France**

" La boîte à outils des agences se remplit ", Horizon Clinique, 1996/12, V. 78, 12 p.

" Note sur les restructurations hospitalières ", Direction des Hôpitaux, juin 1998, Annexe6.

" Note sur les restructurations hospitalières ", Direction des Hôpitaux, juin 1998

" Rapport au président de la République relatif à l'ordonnance du 24 avril 1996 ", Journal Officiel, 25 avril 1996, pp. 6320-6324.

BARALDI L. et TROUSSIER J.F. " le calcul des effectifs " Travail Emploi, 77, 1998, pp. 53 – 65. Et

BAUBEAU D, MORAIS S. et RUFFIE A. " Les maternités de 1975 à 1996 ", Drees, Etudes et Résultats, N° 21, juillet 1999.

BONHOMME C., " Dossier. Coopération hospitalière : les nouvelles complémentarités. Coopération hospitalière publique ", Centre Hospitalier Carpentras, Centre Hospitalier Lillebonne, Centre Hospitalier Fontenay le Comte, Centre Hospitalier Le Mans, Centre Hospitalier Montluçon, La Revue Hospitalière de France, 1997/11-12, V. 6, pp. 816-831, réf. Bibl.

BONNET M.C., CONCI T., LE SUEUR A., PAUL C., " Organisation loco-régionale des soins en France : les réseaux sanitaires et leurs perspectives de développement ", C.NE.S.S.S.S. Saint Etienne, 1997/02, 61 p. + ann.

CONTANDRIOPOULOS A.P. et SOUTEYRAND Y., coord. " L'hôpital stratège " , Ministère du travail et J. Libbey, ed., 1996, 317 p.

DELAPORTE F. et GOTTELY J. " La formation aux métiers de la santé ", Solidarité Santé, Oct. 1995, pp.25-42.

DEROUBAIX D. " Portrait de fonction : la stratégie, moteur de restructuration " La Revue Hospitalière de France, 1993/07-08, V. 4 pp. 314-319.

Direction des Hôpitaux " Etablissements publics de santé ; guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences", mai 1997, 134 p.

Direction des Hôpitaux, " Information sur les ressources humaines à l'hôpital: La fonction publique hospitalière a dix ans ", numéro spécial, mars 1996, 102p.

FAVEREAU O. " Marchés internes, marchés externes ", Revue Economique, mars 1989, 2, pp. 273 – 328.

FOULON D. “ Hôpital, dix ans d’évolution ”, Solidarité Santé, 1995, 3, pp.9-20.

Hospitalisation Nouvelle , Union de l’Hospitalisation Privée, N° 267, avril 1999, p.17.

JOHANNET G. “ L’hôpital face à un environnement de lus en plus exigeant ” Espace Social Européen, N°40, juin 1999, p. 4.

KERLEAU M.,“l’hétérogénéité des pratiques médicales, enjeu des dépenses de santé ”, Sciences Sociales et Santé, V.16, N° 4, décembre 1998, pp.5 - 34.

La fonction publique hospitalière et la gestion des hommes et des compétences , octobre 1998, Ed. ANFH Normandie.

MALLET L., “ La détermination des sureffectifs ; démarche auto gestionnaire et construction sociale ” Travail et Emploi, 40, 1995, pp. 22 – 32.

MAQUART B. “ La réforme de l’hospitalisation publique et privée ” Droit Social, septembre - octobre 1996, pp. 868 - 877.

MARRE P., VIENS G., “ Pour une véritable logique d’entreprise dans les établissements de soins ”, Décision Santé, 1993/02/15, pp. 10-12 , +phot.

MICK S., NAIDITCH M. et BOURGUEIL Y. “ Géographie de la santé. Les petits hôpitaux et les enjeux de restructuration ” Actualité et dossier en santé publique, 1997/06, V. 19, pp. 26-30, 10 réf.

MOISDON J.C. “ Les contrats dans le nouveau système hospitalier: naissance d’une instrumentation ” Droit Social, septembre - octobre 1997, pp. 872 - 876.

MOISDON J.C. et TONNEAU D., La démarche gestionnaire à l’hôpital, ed.Seli Arslan, 1999, 254p.

MORDELET P., “ La santé mentale. Restructuration hospitalière et transformation d’un hôpital psychiatrique : l’exemple de Maison Blanche ” Gestion Hospitalières, 1997/11, V. 370, pp. 719-723.

MOSSE Ph. “ La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité ”, Sciences Sociales et Santé, V.16, N°4, décembre 1998, pp. 35 – 60.

MOSSE Ph., Le lit de Procuste, l’hôpital impératifs économiques, missions sociales, Ed Eres, 1997, 162 p.

MOSSE Ph. et TCHOBANIAN R. MOSSE Ph. “ Restructuring Employment Relations in the Public Service ” in Public Service Employment Relations in Europe S.Bach, L. Bordogna, G. Della Rocca et D. Winchester, eds, New York, Routledge, 1999.

MOUGEOT M. Systèmes de santé et concurrence, Ed. Economica, 1994, 213 p.

MULLER P. Les politiques publiques, Que sais-je, PUF, 1990, 127 p.

MULLER P. “ Les politiques publiques comme construction d’un rapport au monde ” in La construction du sens dans les politiques publiques sous la Dir. de A. Faure, G. Pollet et P. Warin, L’Harmattan, 1996, pp. 153 – 179.

NISAND G., ROESLIN N., CASTEL P., KRENCKER C., COUTY E.), “ PMSI et projet médical d’établissement : méthodes d’estimation du nombre de lits et places ” Gestion Hospitalières, 1997/04, V. 365, pp. 293-296, 12 réf.

PHILIBERT A., “ Restructuration : l’expérience de Mort Approchée (E.M.A.) d’un Centre hospitalier de proximité ”, La Revue Hospitalière de France, 1997/07/08, V. 4 , pp. 524-527.

POINDRON P.Y., COUDREAU D., “ Restructuration hospitalière en Ile de France : l’Urgence ”, Espace Social Européen, 1997/09/19, V. 389, pp. 14-18.

POINDRON P.Y., DEVAILLY A., BEAU P., “ Restructuration du tissu hospitalier, Choisir le sur mesure ”, Espace Social Européen, 1996/03/29, V. 328, pp. 12-27.

PRADEAU F. et al. “ Qu’est-ce que les ARH feront de l’accréditation ? ” Gestions Hospitalières, janvier 1999, pp.11 – 23.

RAIKOVIC M. “ Pour des restructurations de qualité ” Décision santé, 1997/11/30, V. 121, pp. 26-29.

Santé 2010, Rapport pour le Commissariat Général du Plan, Groupe Prospective du système de santé, présidé par R. Soubie, La Documentation Française, juin 1993, p. 79.

SCHWEYER F-X, resp . Le corps des directeurs d’hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d’Etat, ENSP / LAPSS, Rapport intermédiaire pour la MIRE, avril 1998, p.8.

SESI “ Annuaire Statistique ”, Ministère de la Santé, Paris, 1995.

SOURTY-LE GUELLEC M.J. “ Le profil de la consommation un jour moyen à l’hôpital ”, CREDES, avril 1995, 120 p.

Etats-Unis

AIKEN L. FAGIN C. Evaluating the consequences of hospital restructuring. *Medical Care* 1997 [Suppl. October]; 35(10) : 0S1-0S4.

ALLEN R. Policy implications of recent hospital competitions studies. *Journal of Health Economics* 1992; 11: 347-351.

BAKER C., OGDEN S., PRAPAIPANICH W., et al. Hospital Consolidation. Applying Stakeholder Analysis to merger Life-Cycle. *Journal of Nursing Administration* 1999 ; 29 (3): 11-20

BLACKSTONE E., FUHR J. Rural hospital mergers, antitrust policy, and the Ukiah case. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1998 23(6) : 949-71.

BLUMENTHAL D. Effects of market reforms on doctors and their patients. *Health affairs* 1996; 15(1): 170-184.

BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D. *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères*. Paris : CREDES, novembre 1998, 194p.

BOGUE RJ., SHORTELL SM., SOHN MW. and *al.* Hospital reorganization after merger. *Medical Care*, 1995 ; 33(7) : 676-86.

BRENNAN T. What role for hospitals in the Health Care Endgame ? [opinion] *Inquiry* 1996; 33: 106-109.

BRODIE M., BRADY L., ALTMAN D. Media coverage of manager care: Is there a negative bias? *Health Affairs* 1988, 17(1): 9-25.

BUTLER P. State policy issues in nonprofit conversions. *Health Affairs* 1997; 16(2): 69-84.

CAREY K. Stochastic demand for hospitals and optimizing “excess“ bed capacity. *Journal of Regulatory Economics* 1998 ; 14: 165-187.

CHAMORAND E. *Le système de santé américain. Poids du passé et perspectives*. Paris: La Documentation Française, 1996.

CHANG J. Merge right: market forces and antitrust. *Nursing Management* 1999; 30(3): 38-42.

CLAXTON G., FEDER J., SHACTMAN D. ALTMAN S. Public policy issues in non profit conversions: an overview. *Health Affairs* 1997; 16(2): 9-28.

CONNOR R.A., FELDMAN R.D., DOWD BE., RADCLIFF TA. Which types of hospital mergers save consumer money ? *Health Affairs* (Millwood) 1997 ; 16(6) : 62-74.

DEWAR D. Medical technology in the United States and Canada: Where are we going? *Review of Social Economy* 1997; LV(3): 359-378.

DRANOVE D, SHANLEY M.? SIMON C. Is hospital competition wasteful? *Rand Journal of Economics* 1992; 23(2): 247-262.

DRANOVE D., SHANLEY M., WHITE W. Price and concentration in hospital markets: the switch from patient-driven to payer-driven competition. *Journal of Law and Economics* 1993; 36(1): 179-204.

DRANOVE D. Economies of scale in non-revenue producing cost centers: implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics* 1998; 17: 69-83.

DRANOVE D., WHITE W. Emerging issues in the antitrust definition of health care markets. *Health Economics* 1998 ; 7 : 167-70.

DRANOVE D., LUDWICK R. Competition and pricing by nonprofit hospitals: a reassessment of Lynk's analysis. *Journal of Health Economics* 1999; 18: 87-98..

DUMEZ H. La prise en compte croissante du raisonnement économique par la jurisprudence antitrust aux Etats-Unis. *Analyse de la Sedeis*, mars 1990 (repris dans *Problèmes Economiques*, n° 2175, 16 mai 1990, 11-16).

GINZNBERG E. [opinion] Hospitals: From center to periphery. *Inquiry* 1995; 32: 11-13.

ELLIS R. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998 ; 17: 537-555.

FRECH III H., WOOLLEY M. Consumer information, price and nonprice competition among hospitals. University of California, Santa Barbara, *Working Paper*, may 1990.

FRECH III H., DANGER K. Exclusive contracts between hospitals and physicians: The antitrust issues. *Health Economics* 1998 ; 7 : 175-8.

FUCHS V. (Interview by J. Iglehart) Physicians as agents of social control. *Health affairs* 1998; 17(1): 90-96.

GAYNOR M., ANDERSON G. Uncertain demand, the structure of hospital costs, and the cost of empty beds. *Journal of Health Economics* 1995; 14: 291-317.

GINSBURG P., GABEL J. Tracking Health Care costs/ What's new in 1998? *Health Affairs* 1998; 17(5): 141-145.

GINZNBERG E. [opinion] Hospitals: From center to periphery. *Inquiry* 1995; 32: 11-13.

GIVEN R. Economies of scale and scope as an explanation of merger and output diversification activities in the Health Maintenance Organization industry. *Journal of Health Economics* 1996 ; 15: 685-713.

GLAIS M. Les apports théoriques récents en économie industrielle et la nouvelle gestion de la politique de la concurrence. *Revue d'Economie Industrielle*, 1990; 51: 255-275.

GOLD M. The changing US health care system: challenges for responsible public policy. *The Milbank Quarterly* 1999; 77(1): 3-37.

GRAY B. Conversion of HMOs and hospitals: What's at stake? *Health Affairs* 1997; 16(2): 9-47.

HAAS-WILSON D., GAYNOR M. Introduction to the special issue on competition and antitrust policy in health care market. *Health Economics* 1998 ; 7 : 161-2.

HAAS-WILSON D., GAYNOR M. Physician networks and their implications for competition in health care markets. *Health Economics* 1998 ; 7 : 179-82.

HAWKINS M. Clinical integration across multiple hospitals: the agony, the ecstasy. A*dvanced Practice Nursing Quarterly* 1998; 4(1): 16-26.

HOLLIS S. Strategic and Economic Factors in the Hospital Conversion Process. *Health Affairs* (Millwood) 1997 ; 16(2) : 131-143.

KASSIRER JP. Mergers and acquisitions: Who benefits? Who loses? [editorial]. *The New England Journal of Medicine* 1996 ; 334(11) : 722-3.

KEELER E., MELNICK G., ZWANZIGER J. The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics* 1998; 18: 69-86.

LEE M.L. A conspicuous production theory of hospital behavior. S*outhern Economic Journal* 1971; 38 (july): 48-58.

LUFT H. ROBINSON J., GARNICK D., MAERKI S. McPHEE S. The role of specialized clinical services in competition among hospitals. *Inquiry* 1986; 23: 83-94.

LYNK W. The creation of economics efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics* 1995a ; 14 : 507-530.

LYNK W. Nonprofit hospital mergers and the exercise of market power. *Journal of Law and Economics* 1995b; 38: 437-461.

MECHANIC D. Changing medical organization and the erosion of trust. *The Milbank Quarterly* 1996; 74(2): 171-189.

MELNICK G., ZWANZIGER J., BAMEZAI A., PATTISON R. The effect of market structure and bargaining position on hospital prices. *Journal of Health Economics* 1992; 11: 217-233.

MOBLEY LR. Power in the market for Medi-Cal services. *Review of Industrial Organization* 1995 ; 10 : 487-510.

MOBLEY LR. Tacit collusion among hospitals in price competitive markets. *Health Economics* 1996 5 : 183-193.

MOBLEY LR. Multihospital chain acquisitions and competition in local health care markets. *Review of Industrial Organization* 1997 ; 12 : 185-202.

MORRISSEY M., ALEXANDER J., BURNS L., JOHNSON V. Managed care and Physician/Hospital integration. *Health Affairs* 1996; 15(4): 62-73.

NEWHOUSE J. Reimbursing health plans and health providers: efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 1996; 43: 1236-1263.

ROBINSON J, LUFT H. Competition, regulation and hospital costs. *Journal of the American Medical Association* 1988; 260: 2676-81.

ROBINSON J. CASALINO L. The growth of medical groups paid through capitation in California. *The New England Journal of Medicine* 1995; 333(25): 1684-87.

ROBINSON J. CASALINO L. Vertical Integration and organizational networks in health care. *Health Affairs* 1996; 15(1): 7-22.

SHORTELL S., GILLIES R., DEVERS K. Reinventing the American Hospital. *The Milbank Quarterly 1995*; 73(2): 131-160.

SILVIA L., LEIBENLUFT R. Health economics research and antitrust enforcement. *Health Economics* 1998 ; 7 : 163-6.

SNAIL T.S., ROBINSON J.C. Organizational Diversification in the American Hospital. *Annual Reviews Public Health* 1998 ; 19 : 417-53.

SOCHALSKI J., AIKEN L., FAGIN C. Hospital restructuring in the United states, Canada and Western Europe: an outcomes research agenda. *Medical Care* 1997 [Suppl. October]; 35(10) : 0S13-0S25

STATEN M, UMBECK J., DUNKELBERG W. Market share/market power revisited: A new test for an old theory. *Journal of Health Economics* 1988; 7: 73-83.

THOMSON R. Competition among hospitals in the United States. *Health Policy* 1994 ; 27(3): 205-231.

WHOLEY D., CHRISTIANSON J. Product differentiation among HMO: causes and consequences of offering open-endend products. *Inquiry* 1994 ; 31 : 25-39.

WHOLEY D., FELDMAN R., CHRISTIANSON J., ENGBERG J. Scale and scope economies among Health Maintenance Organizations. *Journal of Health Economics* 1996 ; 15: 657-684.

WOOLEY JM. The competitive effects of horizontal mergers in the hospital industry. *Journal of Health Economics* 1989 ; 8 : 271-291.

ZWANZIGER J., MELNICK G. The effects of hospital competition and the Medicare PPS program on hospital cost behavior in California. *Journal of Health Economics* 1988; 7: 301-320.

- **Grande Bretagne**

ALLEN P. Contracts in the NHS internal market. *Modern Law Review* 1995 ; 58 : 321-42.

BENNETT C., FERLIE E. Contracting in theory and in practice : some evidence from the NHS. *Public Administration* 1996 ; 74 ; 49-66.

BUREAU D., ESPOSITO J. La régulation économique des dépenses de santé: réflexions sur la réforme britannique. Revue Française d'Economie 1996; XI(1), 147-181.

CHALKLEY M., MALCOMSON J. Competition in NHS Quasi-Markets. *Oxford Review of Economic Policy,* 1996 ; 12(4) : 89-99.

CHAPERON J., ROCHAIX L. Les réformes du service national de santé britannique: la fin d'un mythe? *Economie et Statistique* 1996, n° 291-292 : 87-102.

FERGUSON B., BAKER M. [Editorial] Shifting finance out of acute hospitals. *Journal of Health Services Research and Policy* 1998 ; 3(1) : 2-4.

GLENNERSTER H., LE GRAND J. The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International Journal of Health Services* 1995 ; 25(2): 203-218.

GODDARD M., MANNION R. From Competition to Co-Operation : New Economic Relationships in the National Health Service. *Health Economics*, 1998, 7 : 105-119

HARRISON A. Hospitals in England: Impact of the 1990 National Health Service reforms. *Medical Care* 1997; 35(10) [Suppl.] OS50-OS61.

HUGHES D., GRIFFITHS L., McHALE J. Do Quasi-Markets evolve? Institutional analysis and the NHS. *Cambridge Journal of Economics* 1997 ; 21 : 259-76.

LE GRAND J. Quasi-Markets and Social Policy. *The Economic Journal*, 1991 ; 101 : 1256-1267.

LEQUET D., VOLOVITCH P. Hôpital britannique: la concurrence tourne en rond. *Solidarité santé* 1995; 3 : 79.

LEVAGGI R. NHS Contracts: An agency approach. *Health Economics* 1996 ; 5: 341-352.

LIGHT D. From managed competition to managed cooperation : Theory and lessons from the British Experience. *The Milbank Quarterly,* 1997 ; 75(3) : 297-341.

McHALE J., HUGHES D., GRIFFITHS L. Disputes in the NHS internal market : regulation and relationships. *Medical Law International* 1995 ; 2 : 215-27.

McMASTER R. Competitive tendering in UK Health and Local Authorities : What happens to the quality of services ? *Scottish Journal of Political Economy* 1995 ; 42 : 409-27.

MAYNARD A. Developing the health care market. *The Economic Journal* 1991 ; 101 : 1277-1286.

MILNE R., TORSNEY B. The Efficiency of Administrative Governance: The experience of the Pre-reform British National Health Service. *Journal of Comparative Economics* 1997 ; 24 : 161-180.

PROPPER C. , SÖDERLUND N. Competition in the NHS internal market: An overview of its effects on hospital prices and costs. *Health Economics* 1998 ; 7 : 187-197

RAFTERY J., ROBINSON R., MULLIGAN J-A., FORREST S. Contracting in the NHS Quasi-Market. *Health Economics,* 1996 ; 5 : 353-362.

SÖDERLUND N., CSABA I., GRAY A., MILNE R., RAFTERY J. Impact of the NHS reforms on English hospital productivity : an analysis of the first three years. *British Medical Journal,* 1997 ; 315 : 1126-9.

- **Canada**

DENIS J-L, LAMOTHE L., LANGLEY A. The dynamics of teaching hospitals mergers. Communication au Séminaire de l'INSERM “La performance hospitalière : du malade au système hospitalier“, Paris, Octobre 1998.

DENIS J-L, LAMOTHE L., LANGLEY A., VALETTE A. “The Struggle to Redifine Boundaries in Health Care Systems". In : Restructuring the Professionnal Organization: Accounting, Health Care and Law (eds. Brock, D.M., Powell, M.J. & Hinings, C.R.), London, Routledge (à paraître en 1999).

DENIS J-L, LANGLEY A., CONTANDRIOPOULOS A-P “From institutional discourse to organizational decision: the dynamics of legitimation”, Université de Montréal, July 1998, 44 p.

EVANS R., BARER M., MARMOR T. Etre ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminnats sociaux de la maladie. Presses de l'Université de Montréal, 1996.

LEWIS S. Une brèche dans le continuum 'soins curatifs-santé-bien-être' et ses conséquences pour l'hôpital de demain. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1997 ; 4(2) : 191-205.

SINCLAIR D. Les stratégies d’implantation des nouveaux centres universitaires de santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1998 ; 5(1) : 41-52.